医療的ケア児保育所等利用事前相談票（相談日　 年 月 日）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 区 |  | 課 | 相談担当者（区記入欄） |  |
| 相談回数 | 〇をつけてください初回 ・ 継続（ ） | 担当CW(区記入欄) |  | 担当PHN(区記入欄) |  |
| 相談者氏名 | フリガナ氏名 | 連絡先 |  |
| 児との関係 |  |
| 入所希望児氏名 | フリガナ氏名 | 生年月日年齢 | 　H・R　　年　　月　　日　　　　　　　　　歳 |
|  住所 | 〒 |
| 入所希望時期 | 　　　　年　　　月　　　 | 希望クラス | 　　　　　　歳児クラス |
| 　入所希望理由✓をつけてください | 　父〔氏名　　　　　　　　　〕 | 母〔氏名　　　　　　　　　〕 |
| □就労　　　　　　　　　□病気・けが□障害　　□介護・看護　□災害の復旧□求職中　□通学　　　　□そのほか□育休中の利用継続 | □就労　　　　　　　　　□病気・けが□障害　　□介護・看護　□災害の復旧□求職中　□通学　　　　□そのほか　□育休中の利用継続 |
| 利用希望時間 | 　通勤時間を含める　　　登園時間（　　：　　）　～　降園時間（　　　：　　　）　　　 |
| 入所希望園見学状況に〇をつけてください | 第１希望（見学済・未）　　　　区 | 第４希望（見学済・未）　　　　区 |
| 第２希望（見学済・未）　　　　区 | 第５希望（見学済・未）　　　　区 |
| 第３希望（見学済・未）　　　　区 | 第６希望（見学済・未）　　　　区 |
| 見学希望日時 |  | 園との調整（区記入欄） |
| その他 |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 該当する医療的ケア等に〇をつけてください |
| 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう） |  | 口から食べている |  | 鼻からチューブで入れる |
|  | おなかからチューブで入れる |  | 首の近くから点滴 |
|  | その他 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 吸引（口腔・鼻腔内・気管切開・気管カニューレ内）」 |  | 喉にチューブがついている |  | 人工呼吸器を使っている |
|  | 管やマスクで酸素を吸っている |  | 痰を器械でとる |
|  | その他 |
| 導尿 |  | 管を入れて尿を出す |  | オムツを使用 |
|  | その他 |
| 血糖管理 |  | 器械を使って血糖値を測る |  | 毎日注射をしている |
|  | 毎日薬を飲ませている |  |  |
| 酸素療法 |  | 酸素カヌラを使用している |  | 酸素マスクを使用している |
| その他　　　　　　　　　 |  |  |
| アレルギーの有無 | 　　□無　　□有　⇒内容　　　　　　　　　　　　　　 |

特記事項