作成様式①

令和　　年　　月　　日

医療的ケア実施計画書

（保護者名）　　　　　　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 設置者名 |  |
| 施設名 |  |
| 施設長名 |  |

　保育施設における対象児童に対する医療的ケアについて、次のとおり実施します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | | 生年月日 | | 年　 月　 日 |
| 作成者 | （職名）　　　　　　　　（氏名） | | | | |
| 実施担当者 | （職名）　　　　　　　　（氏名） | | | | |
| 必要な  医療的ケア | * 口腔内・鼻腔内の喀痰吸引 * 気管カニューレ内の喀痰吸引 * 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 * 経鼻経管栄養 * 導尿（看護師による導尿） * インスリン注射 * その他（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 医療的ケアの内容 | | 実施手順 | | 準備物・留意点 | |
|  | |  | |  | |

※実施に必要な器具や消耗品等を準備し、必要な点検、整備及び補充お願いします。また、使用後の物品については持ち帰り、処分をお願いします。

裏面へ続く

作成様式①

|  |
| --- |
| 保育上配慮する事項 |
|  |

※お子さんの様子がいつもと違う場合は、登園時に必ず保育士へお知らせください。

|  |  |
| --- | --- |
| 予想される緊急時の対応 | |
| 予想される緊急時の状態 | 対　　　応 |
|  |  |

|  |
| --- |
| その他特記事項 |
|  |