年　　月　　日

【様式１３】

※保育施設→保護者

（保護者名）　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（施設名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（施設長名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先）

医療的ケア実施通知書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 当施設で実施する医療的ケアについて通知します。 | | | | | | |
| 児童名 |  | 男女 | 年齢 | 歳 | 生年  月日 | 年　　月　　日生 |
| 医療的ケア  の内容 | 医療的ケアの内容 | | | 実施する範囲 | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
| 実施期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | | | | |
| 緊急時  の対応 | ⑴　緊急時は，主治医の指示内容，搬送先医療機関，主治医及び保護者の緊急連絡先等が記載された対応マニュアルに基づき対応します。  ⑵　保護者は，常に連絡が取れる体制を整え，緊急時には速やかに対応してください。 | | | | | |
| その他  留意事項 | ⑴　原則として医療的ケアの実施に必要な医療機器，医療用具，消耗品等は保護者が準備するとともに，必要な点検，整備を行ってください。  ⑵　主治医に対する診療報酬及び文書料並びに医療的ケアに必要な消耗品等については，保護者負担とします。  ⑶　登園時に子どもの健康状態について，担任保育士及び担当看護師等に伝達してください。  ⑷　原則として月１回主治医の診察を受け，３か月ごと及び医療的ケアの変更があったときは、「主治医受診結果連絡票」（様式１６）を保育施設に提出してください。  ⑸　その他，保育施設の長が安全安心な保育の提供に係る調整を求めた場合は協力するよう努めてください。 | | | | | |