

医療的ケア児保育所等利用事前相談票（相談日 年 月 日）

	市		課	相談担当者	
相談回数	○をつけてください 初回 ・ 継続 ( )				
相談者氏名	ふりがな氏名		連絡先		
			児との関係		
利用希望児氏名	ふりがな氏名		生年月日 年齢	H・R	年 月 日 歳
住所	〒				
利用希望時期	年 月		希望クラス	歳児クラス	
利用希望理由 ✓をつけてください	父〔氏名〕			母〔氏名〕	
	就労障害 介護・看護 求職中 通学 育休中の利用継続			病気・けが 災害の復旧 そのほか 就労障害 介護・看護 求職中 通学 育休中の利用継続 病気・けが 災害の復旧 そのほか	
利用希望時間	通勤時間を含める 登園時間 ( : ) ~ 降園時間 ( : )				
利用希望園	第1希望		第4希望		
	第2希望		第5希望		
	第3希望		第6希望		
見学希望日時				園との調整	
その他					

該当する医療的ケア等に○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