

千曲市教育委員会告示第6号

千曲市医療的ケア児保育支援事業実施要綱を次のとおり定める。

令和7年3月31日

千曲市教育委員会

教育長 小松信美

千曲市医療的ケア児保育支援事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、保育所において日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児で、集団保育が可能であると千曲市教育委員会（以下「教育委員会」という。）が認めた児童（以下「医療的ケア児」という。）が保育を利用し、保育所において健康で安全な生活を送ることができるよう支援する事業の実施に関し必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において「医療的ケア」とは、疾病等の治療を目的としない児童の日常生活を営む上で必要な医療的行為であって、看護師等が当該医療行為を行うことに支障がないと主治医が認め、かつ、当該看護師等が主治医から指示を受けたものとする。

(実施主体)

第3条 本事業の実施主体は、千曲市（以下「市」という。）とする。

2 教育委員会は、事業の全部又は一部について、適切に事業を実施できると認められる者（以下「委託先」という。）に委託することができるものとする。この場合において、市は委託先との連携を密にし、事業に取り組むとともに、委託先からの定期的な報告を求めるものとする。

(対象児童)

第4条 この事業の対象者は、子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号）第19条第1項第2号又は第3号に規定する小学校就学前子ども（0歳児を除く。）であって、次に掲げる要件のいずれにも該当する者とする。

- (1) 市内に住所を有する者
- (2) 保育所に通うために、保育所における医療的ケアが必要と教育委員会が認める者
- (3) 保育所で医療的ケアを受けることについて主治医の承認を得ている者

(医療的ケア実施の申請)

第5条 本事業を利用しようとする保護者は、保育所への入園申込みの際に、千曲市医療的ケア児保育支援事業利用申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）、医療的ケアに係る調査票（様式第2号）及び主治医が作成した医療的ケアに関する主治医意見書

(様式第3号)を教育委員会に提出しなければならない。

(審査会の開催)

第6条 保護者から前条に定める申請又は第14条に定める実施内容の変更申請等がなされた際は、その内容を審査するため、千曲市医療的ケア児保育審査会（以下「審査会」という。）を開催する。

- 2 審査会は、会長、副会長及び委員をもって組織する。
- 3 会長に保育課長、副会長に保育課保育・幼稚園係長をもって充てる。
- 4 委員に保育課保育指導員、関係する保育所の園長、市保健師及び教育委員会が必要と認める者をもって充てる。
- 5 審査会の会議は、保育所において医療的ケアを安全かつ適正に実施するために、次の事項を協議するものとする。

- (1) 医療的ケア児の保育所への入所の可否
- (2) 医療的ケア児に最も良いと思われる処遇の検討及び指導
- (3) 前2号に掲げるもののほか、保育利用及び医療的ケアの実施に必要な事項

(利用決定)

第7条 保育所における医療的ケアの実施の可否については、審査会の会議の結果を踏まえて、教育委員会が決定する。

- 2 教育委員会は、前項の決定を行ったときは、千曲市医療的ケア児保育支援事業利用可否決定通知書（様式第4号）により保護者に通知するものとする。

(医療的ケアに関する指示)

第8条 保育所における医療的ケアが実施可能となった保護者は、速やかに医療的ケアに関する指示書（様式第5号。以下「指示書」という。）及び緊急時対応確認書（様式第6号）を保育所に提出しなければならない。この場合において、与薬が必要な場合は、与薬に係る依頼書を合わせて提出するものとする。

(医療的ケアの実施)

第9条 保護者から前条に定める指示書を受けた保育所は、医療的ケア実施計画書（様式第7号）により、保護者に対して保育所で実施する医療的ケアについて十分説明を行ったうえで、医療的ケアを実施するものとする。

- 2 前項に定める計画に変更が生じた場合については、同項の規定を準用する。

(医療的ケア実施の承諾)

第10条 前条第1項に定める実施計画書の説明を受けた保護者は、医療的ケア実施承諾書(様式第8号)を保育所に提出する。

(担当看護師等の業務)

第11条 医療的ケアを実施する者は、実施保育所に配置された看護師、保健師、助産師、准看護師、医師又は認定特定行為業務従事者(以下「担当看護師等」という。)とする。

2 担当看護師等は、次の各号に定める業務を行う。

- (1) 主治医の指示書に基づき、第9条第1項に定める計画書を作成のうえ、医療的ケアを実施すること。ただし、計画書の作成については、看護師、保健師、助産師及び医師に限るものとする。
- (2) 医療的ケアの実施内容を記録すること。
- (3) 前2号に掲げるもののほか、実施保育所の園長が必要と認める事項を行うこと。

(実施保育所の責務)

第12条 実施保育所は、次に掲げる事項について責務を負うものとする。

- (1) 必要に応じて医療的ケア実施報告書(様式第9号)を作成し、保護者に通知したうえで、報告内容について主治医の確認を得ること。
- (2) 主治医の指示内容、搬送する医療機関並びに主治医及び保護者との連絡を円滑に行うことができる緊急連絡先等が記載された緊急時対応マニュアルを作成し、緊急体制を整備するとともに施設の職員に周知徹底を図ること。
- (3) 緊急時は、実施保育所の園長の指示のもと、前号に定めるマニュアルに基づき適切に対応すること。
- (4) 医療的ケア児が安心して保育所において生活できる環境等を整えるために、担当看護師等に対して、医療的ケアに関する研修への参加の機会を与えるよう努めること。
- (5) 本要綱に基づき作成及び提出を受けた書類については、対象の医療的ケア児が保育所に在籍している間は保管し、離籍後も5年間保管するとともに保護者がその提示を求めた場合は速やかに提示すること。

(保護者の責務)

第13条 保護者は、次に掲げる事項について責務を負うものとする。

- (1) 申請書を提出した保護者は、市が実施する医療的ケアに係る面談を受けるとともに、

市が主治医との面談を求めた場合には、遅滞無く主治医に対してその旨を伝えること。

- (2) 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、保護者が準備並びに点検及び整備を行うこと。
- (3) 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、保護者が負担すること。
- (4) 登園時、対象の医療的ケア児の健康状態について、保育士又は担当看護師等に伝達すること。
- (5) 主治医の診察を受け、医療的ケアの内容に関わる事項がある場合は、主治医受診結果連絡票（様式第10号）を保育所に提出すること。
- (6) 前各号に掲げるもののほか、保育所の園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ること。

（医療的ケアの実施内容の変更等）

第14条 保護者は、対象児童が進級する場合又は主治医の指示により医療的ケアの実施内容を変更若しくは追加する場合は、申請書及び指示書を再度提出しなければならない。

- 2 第6条及び第7条の規定は、前項に定める医療的ケアの実施内容の変更に伴う申請書及び指示書が再提出された場合に準用するものとする。

（実施状況の確認）

第15条 教育委員会は、保育施設における医療的ケアの実施状況を把握し、必要に応じて指導及び助言を行うものとする。

- 2 教育委員会は、必要に応じて、実施保育所の園長、担当看護師等、保護者、主治医及び教育委員会が必要と認める者を集めて、対象児童に係る情報交換等を目的とする会議を開催するものとする。

（補則）

第16条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、教育委員会が別に定める。

附 則

（施行期日）

- 1 この告示は、令和7年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この告示の施行の日の前日までに、廃止前の千曲市医療的ケア児保育支援事業実施要

綱（令和3年千曲市告示第16号）の規定に基づきなされた決定、手続その他の行為は、この告示の相当規定によりなされたものとみなす。

（宛先）千曲市教育委員会

千曲市医療的ケア児保育支援事業 利用申請書

申請者（保護者）

住 所 千曲市 _____

氏 名 _____

電話番号 _____ - _____ - _____

千曲市医療的ケア児保育支援事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり保育所における医療的ケアの利用を申請します。

記

1. 児童名 _____ 年 月 日生（ 歳児）

2. 在籍（希望）園 _____ 保育園

3. 医療的ケアの内容及び方法

医療的ケアの内容 (該当するケアの内容に○を記入ください)	保育所で実施を希望する方法
酸素吸入 気管切開・鼻腔等 人工呼吸器（NIPPV, IPV を含む）	
吸引 口腔・鼻腔・気管切開部	
経管栄養 経鼻経管・胃ろう・腸ろう	
導尿 一部要介助・完全要介助(間隔)	
与薬（具体的に）	
その他（具体的に）	

4. 医療機関の名称 _____ 診療科名 _____

主治医氏名 _____ TEL _____

【 同意事項 】

1. 保育所における医療的ケアは、100%の安全性や衛生を確保できない可能性があります。
2. 保育士が、保育において安全面の配慮はしますが、保育所での生活は、怪我、感染、不慮の事故等の危険を伴う可能性があります。
3. 医療的ケアは保護者が実施することが基本です。保育所での医療的ケアは児童の主治医の指示を受け担当看護師等が実施します。医療的ケアの実施時間は、月～金曜日の午前8時30分から午後4時30分までです。
4. 医療的ケアには保育中の健康観察、看護師による緊急対応も含まれます。そのため医療的ケア実施時間が保育可能な時間となります。
5. 医療的ケアは医師の指示のもと安全性が確認できた時点から実施します。
6. 医療的ケアに必要な物品の準備、廃棄は家庭でお願いします。また、主治医等に対する診療報酬や文書料等は保護者負担となります。
7. その他

以上について、同意したうえで、千曲市医療的ケア児保育支援事業の利用を申請します。

保護者署名欄

食 事	方法	<input type="checkbox"/> 経口	状 況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 内 容 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		<input type="checkbox"/> 経管 栄養	種 類 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう 製品名 () カテーテルサイズ (Fr) 注入内容 () 注入量・回数 () トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 交換頻度 (1回/)	
	<input type="checkbox"/> IVH		薬剤名 ()	
	血糖値 測定		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時間 (時・ 時・ 時)
	インスリ ン投与		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時間 (時・ 時・ 時)
呼 吸 管 理	気管切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	カニューレ製品名 () 交換頻度 (1回/) トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	回数 (回/時間) 部位 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内 カテーテルサイズ (Fr)	
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	流量 (ㄩ/ml分) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		種類 <input type="checkbox"/> 気管切開下 <input type="checkbox"/> 非侵襲的 (<input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 鼻・口) メーカー・機種： 業者名： モード： 換気回数(f)： 酸素濃度(FiO ₂)： 離脱 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 (分)	
		薬剤の 吸入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	使用薬液 ()
		出産時の状況	妊娠期間	(週 日)
			体 重	() g
身 長	() cm			
単・多	() 胎			
そ の 他	(集団生活を送る上で配慮が必要な点)			

医療的ケアに係る主治医意見書

(宛先) 千曲市教育委員会

年 月 日

医療機関名 _____

所在地 _____

主治医名 _____

電話番号 _____

千曲市医療的ケア児保育支援事業実施要綱第5条の規定により、対象児童の保育利用について意見書を提出します。

児 童 名		男 ・ 女	生年 月日	年 月 日生 (歳)	
診 断 名				受診 状況	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期
保 育 施 設 に おける集団生活 の 可 否	乳幼児が長時間にわたり集団で生活する保育施設では、午睡や食事、集団での遊びなど濃厚な接触の機会が多くあります。医療的ケア児専用の清潔なルームでの対応でなく集団の中での保育となるため、一般的には感染症を防ぐのは難しい環境にあります。 <input type="checkbox"/> 保育施設での集団生活は可能 <input type="checkbox"/> 保育施設での集団生活は不可 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____)				
必 要 な 医 療 的 ケ ア	<input type="checkbox"/> 酸素吸入 (気管切開, 鼻腔等) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (NIPPV, IPV を含む) <input type="checkbox"/> 吸引 (口腔・鼻腔・気管切開部) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> 導尿・自己導尿の補助 (一部要介助・完全要介助) <input type="checkbox"/> 与薬 (経口・注入・座薬・その他: _____) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____)				
服 薬 状 況 (処方箋添付可)	<input type="checkbox"/> 有 (内容: _____) <input type="checkbox"/> 無				
呼 吸 状 態	呼吸障害 <input type="checkbox"/> 有 (内容: _____) <input type="checkbox"/> 無				

(裏面へ続く)

摂食・嚥下の状況	経口摂取： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可 誤嚥の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 食形態： <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト食 その他（内容： _____ ）	
排尿状態	排尿障害 <input type="checkbox"/> 有（内容： _____ ） <input type="checkbox"/> 無	
発作の状況	けいれん発作： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 シリーズ形成： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [内容： _____] 発作時の対応： <input type="checkbox"/> その場で様子を見る <input type="checkbox"/> その場で座薬を挿入する <input type="checkbox"/> 救急搬送する <input type="checkbox"/> その他（内容： _____ ）	
予想される緊急時の状況及び対応	状態・頻度	
	対応	
	緊急搬送の目安	
保育施設での生活上の配慮及び活動の制限	保育の配慮：特別な配慮を <input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> 部分的に必要とする <input type="checkbox"/> 常に必要とする [内容： _____] 活動の制限： ※別添「保育施設における活動のめやす」を参考にしてください。 <input type="checkbox"/> 基本的な生活は可能だが運動は不可 <input type="checkbox"/> 軽い運動には参加可 <input type="checkbox"/> 中等度の運動には参加可 <input type="checkbox"/> 強い運動にも参加可	
その他		

(参考)

保育施設における活動のめやす

		軽い活動	中程度の活動	強い活動
保育施設等での主な年齢別活動内容	0歳児	<ul style="list-style-type: none">○ はいはいで移動する○ すべり台を大人にさせてもらう○ 手指を使った遊び	<ul style="list-style-type: none">○ コンビカーを押して歩く○ はっぴいき, マットの山をよじ登り降りる	<ul style="list-style-type: none">○ 高い高い○ 水遊びをする○ 布にのせてゆさぶられる
	1歳児	<ul style="list-style-type: none">○ 砂遊び○ 室内遊び○ 室内用すべり台をすべる	<ul style="list-style-type: none">○ 散歩(往復20分程度)○ 2階程度の階段の昇り降り○ すべり台をすべる○ コンビカーに乗る○ リズムに合わせて身体を動かす	<ul style="list-style-type: none">○ 長い階段の昇り降り○ 水遊び, 泥んこ遊び○ 少し高いところから飛び降りる○ コンビカーで走る○ 走る
	2歳児	<ul style="list-style-type: none">○ 砂遊び○ 室内遊び○ すべり台を自分ですべる	<ul style="list-style-type: none">○ 散歩(往復30分程度)○ 長い階段の昇り降り○ 三輪車に乗る○ 両足とび	<ul style="list-style-type: none">○ 追いかっこ○ 水遊び, 泥んこ遊び○ プール遊び○ 高いところから飛び降りる○ リズム遊び
	3歳児	<ul style="list-style-type: none">○ 砂遊び○ 室内遊び○ すべり台をすべる	<ul style="list-style-type: none">○ 散歩(往復40分程度)○ 鉄棒で足ぬきまわり○ ジャングルジムを登る○ 三輪車をこぐ	<ul style="list-style-type: none">○ 鬼ごっこ, かけっこなど○ 水遊び, 泥んこ遊び○ プール遊び○ 高いところから飛び降りる
	4歳児	<ul style="list-style-type: none">○ 砂遊び○ 室内遊び○ 三輪車をこぐ○ すべり台をすべる	<ul style="list-style-type: none">○ 散歩(往復50分程度)○ 鉄棒の前まわり○ ジャングルジムを登る○ スケートに乗る○ 水遊び, 泥んこ遊び	<ul style="list-style-type: none">○ 走る, 鬼ごっこ, かけっこなど○ プール遊び○ フープ遊び○ リズム遊び○ ドッジボール(ころがし), サッカー
	5歳児	<ul style="list-style-type: none">○ 砂遊び○ 室内遊び○ 三輪車をこぐ○ すべり台をすべる	<ul style="list-style-type: none">○ 散歩(往復1時間程度)○ 鉄棒の前まわり, さかあがり○ ジャングルジムを登る○ スケートに乗る○ 水遊び, 泥んこ遊び○ 太鼓や竹馬	<ul style="list-style-type: none">○ 走る○ プール遊び○ フープ遊び○ リズム遊び○ なわとび○ とび箱, マット遊び○ ドッジボール・サッカー
	行事その他		<ul style="list-style-type: none">○ 施設外保育 ⇒ 徒歩・電車・バス○ 運動会	

第 号

年 月 日

（保護者名） 様

千曲市教育委員会

千曲市医療的ケア児保育支援事業 利用可否決定通知書

年 月 日付けで申請のあった千曲市医療的ケア児保育支援事業について、次のとおり利用を 可・否 と決定しましたので、同要綱第7条第2項の規定により通知します。

1. 対象児童

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	千曲市		

2. 利用可の決定

医療的ケア の内容	
--------------	--

利用期間	年 月 日から 年 月 日まで
利用時間等	
注意事項	本通知書の決定内容を変更する場合は、市長にその旨を届け出てくだ さい。

3. 利用不可の決定

(利用不可の理由)

（宛先）園長

医療的ケアに関する指示書

医療機関名 _____

所在地 _____

主治医名 _____

電話番号 _____

千曲市医療的ケア児保育支援事業実施要綱第8条の規定により、対象児童に対する医療的ケアについて指示書を提出します。

児童名		男・女	生年 月日	年 月 日生（ 歳）
-----	--	-----	----------	------------

医療的ケアの内容	実施方法	指示内容及び配慮事項
気管切開	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	カニューレ製品名（ ） 交換頻度 1回／
酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	流量（ ㎖／分） <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内
人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類 <input type="checkbox"/> TPPV <input type="checkbox"/> NPPV（ <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 鼻・口） メーカー・機種（ ） 業者名（ ） モード（ ） 換気回数（f）： 回／分 酸素濃度(Fio2)： 離脱 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可（ 分）
吸引	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回数 約 回／日 部位 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内 カテーテルサイズ(Fr) <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12

（宛先） 園長

申請者（保護者）

住 所 千曲市

氏 名

緊急時対応確認書

千曲市医療的ケア児保育支援事業実施要綱第8条の規定により、対象児童の緊急時の対応について確認書を提出します。

児童名		男 女	生年 月日	年 月 日生（ 歳）
通院先				
医療機関名	診療科	担当医名（主治医）		電話
緊急搬送先				
※ 緊急時受入れについて相談できる保育園の近くの医療機関を記入してください。				
医療機関名	診療科	担当医名	電話	診療券番号
緊急時の対応				
※ 保護者、緊急搬送先に連絡すると同時に、症状に合わせて実施する対応を記入してください。				
症状（器具のトラブルなど）		対応		
		（具体策）の後 経過観察		
		（具体策）の後 速やかに医療機関受診		
		ただちに救急搬送		

（裏面へ続く）

緊急時の薬の処方

※ 別途与薬依頼書が必要になります。

該当の項目に☑を記入してください。

なし

あり

内服 吸入薬 座薬 貼付剤 注射薬

緊急薬品名 ()

(処方日： 年 月 日 有効期限： 年 月 日)

緊急連絡先

※ 確実に連絡が付きやすい順番で記入してください。

※ 職場は、職務中でもとりついでいただけるように手配してください。

優先順位	氏名	続柄	電話番号
1			(携帯・自宅・職場)
2			(携帯・自宅・職場)
3			(携帯・自宅・職場)
4			(携帯・自宅・職場)
5			(携帯・自宅・職場)

様式第7号（第9条関係）

年 月 日

（保護者名）様

（施設名） _____ 保育園

（代表者名） 園長 _____

（作成者職氏名） _____

医療的ケア実施計画書

千曲市医療的ケア児保育支援事業実施要綱第9条第1項の規定により、対象児童に対する医療的ケアについて、実施計画書を提出します。

対象児童名		男・女	生年 月日	年 月 日生（ 歳）
実施担当者	（職名）	（氏名）		
医療的ケアの内容	実施手順		準備物・留意点	

予想される緊急時の対応

予想される緊急時の状態	対 応

様式第8号（第10条関係）

年 月 日

（宛先） 園長

申請者（保護者）

住 所 千曲市

氏 名

医療的ケア実施承諾書

千曲市医療的ケア児保育支援事業実施要綱第9条第1項に定める医療的ケア実施計画書の内容について十分な説明を受け、あわせて下記についても承諾いたしました。

つきましては、実施計画書の内容に沿って、医療的ケアを実施いただきますよう依頼いたします。

記

1. 児童の疾病の管理のために、保護者は日々積極的に児童の様子について情報提供をしてください。
2. 保育所は医療機関や各関係機関と連携し、児童の支援をします。児童が医療機関等を受診する際は、児童の様子や保育所からの質問・相談事項を医療機関へ伝えてください。また、その内容や結果は保育所へお知らせください。
3. 児童の状態に変化が見られた場合、保護者を通じて医療機関へ問い合わせをし、医師の指示についてご連絡ください。
4. 医療的ケアの指示内容に変更があった場合は、速やかに申請書、指示書を再提出してください。
5. 医療的ケアに必要な物品の準備、廃棄は家庭でお願いします。

様式第9号（第12条関係）

年 月 日

（保護者名）様

（施設名） _____ 保育園

（代表者名） 園長 _____

医療的ケア実施報告書

千曲市医療的ケア児保育支援事業実施要綱第12条第1号に定める医療的ケアの実施について、報告書を提出します。

対象児童名		男・女	生年 月日	年 月 日生（ 歳）
実施担当者	（職名）	（氏名）		
実施した医療的ケアの内容		対象児童の様子・ヒヤリハット事例等		

主治医への質問事項等	主治医確認欄

年 月 日

(宛先) 園長

申請者 (保護者)

住 所 千曲市 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

主治医受診結果連絡票

千曲市医療的ケア児保育支援事業実施要綱第 13 条第 5 号の規定により、受診結果連絡票を提出します。

対象児童名		男 ・ 女	生年 月日	年 月 日生 (歳)
受診日	年 月 日			
医療機関 ・病院名			医師名	
主治医からの 指示事項	(保育施設での留意事項、行事への参加等について記入してください。)			
検査を受けた場合は、結果等について項目に☑のうえ、記入してください。				
<input type="checkbox"/> 血液検査				
<input type="checkbox"/> 脳波検査				
<input type="checkbox"/> レントゲン検査				
<input type="checkbox"/> その他の検査				
与薬の状況について項目に☑のうえ、記入してください。				
<input type="checkbox"/> 変更なし				
<input type="checkbox"/> 変更あり	(変更内容)			
次回受診予定日	年 月 日			