第12号様式(附則第2条関係)

医療的ケアを必要とする児童の保育に関する同意書

	確認事項	確認欄
1	「八王子市医療的ケア児の保育所等受入れガイドライン」をよく読み、理解しました。また、「第5章　保護者の了承事項」の内容を理解し、全て了承します。	□
2	やむを得ない事情により医療的ケアを行う看護師等が勤務できない場合には、保護者等が付き添います。また、保育中の医療的ケア実施の体制が取れない場合は、保育の利用ができないことがあることを了承します。	□
3	園内で感染症が一定数以上発症した場合の登園の判断は、保護者の責任で行います。また、保育施設の判断で登園を控える場合があることを了承します。	□
4	保育施設が必要と認める場合、保護者の費用負担で主治医等を受診することを了承します。	□
5	児童の症状に急変が生じ、緊急事態と保育施設が判断した場合その他必要な場合には、保護者等へ連絡する前に児童を医療機関に搬送し、受診または治療が行われることがあります。なお、それに伴い生じた費用は保護者の負担になることを了承します。	□
6	栄養チューブの交換は、保護者等が、自己の責任の下、自宅や受診時に行います。	□
7	災害時対策として、1 日分の薬と食事(栄養剤)を事前に持参します。	□
8	児童の病態の変化等により、市が規定する医療的ケアの内容以外の医療的ケアが必要になった場合は、保育施設へ速やかに相談することを了承します。	□
9	保育施設等の人員、施設又は設備の状況により、当該保育施設での児童の受入れができなくなる場合があることを了承します。	□
10	医療的ケアが必要な児童の状況について、集団保育を実施する上で必要な範囲で、他の児童の保護者との間で必要最低限の情報を共有する場合があることを了承します。	□
11	保育施設が医療機関、医療的ケア児コーディネーター、療育機関などの関係機関と児童の医療的ケア等の情報を共有することを了承します。	□
12	医療的ケア等の内容に変更があった場合には、必要書類を改めて保育施設に提出することを了承します。	□
13	1～12 のほか、保育施設との間で取り決めた事項を順守します。	□

＿＿＿＿＿＿＿＿施設長　殿

以上の医療的ケアを必要とする児童の保育に関する内容を確認し、同意しました。

年　　月　　日

保護者署名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿