



## 実施を申し込む医療的ケアの内容及び方法等

医療的ケア内容（該当するケアの内容に を記入してください）	保育施設で実施を希望する方法
呼吸管理 1 酸素吸入 気管切開・鼻腔カニューレ・マスク等 2 人工呼吸器 気管切開・ネーザル（CPAP・ハイフロー）	
吸引 口腔・鼻腔・気管切開部	
経管栄養 経鼻胃管・十二指腸チューブ・胃ろう・腸ろう	
導尿 一部要介護・完全要介助（間隔）	
与薬（具体的に）	
その他（具体的に）	

## 家庭の状況（該当に印を記入）

父親			母親		
就労：勤務先名称			就労：勤務先名称		
介護	疾病・障害	就学	介護	疾病・障害	就学
求職・内定	不存在		求職・内定	不存在	出産

## 意見聴取に係る同意書

八王子市医療的ケアを必要とする児童等に係る保育利用要綱第4条第1項に定める保育施設等における医療的ケア実施の申込みに際して、同要綱10条第1号に定める面談に出席するとともに、同要綱5条第2項に定める構成員が、対象児童の主治医等から下記の対象児童に係る意見聴取を行うことについて同意いたします。

年 月 日 保護者氏名