* 高松市→保護者

(様式６)

令和　　年　　月　　日

（保護者名）　　　　　　　 　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高松市長

医療的ケア実施通知書

申込みのありました医療的ケアについて、下記のとおり実施することとしますので、

通知します。

記

１　児童名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児　童　名 |  | 男　女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 | 年　月　日生 |

２　実施施設名

|  |  |
| --- | --- |
| 実施施設名 |  |

３　実施する医療的ケアの内容

|  |  |
| --- | --- |
| 医療的ケアの項目 | 実施する内容 |
|  |  |
|  |  |

４　緊急時の対応

(1) 緊急事態発生時は、主治医の指示内容をもとに、連携する病院に連絡を行い、必要な措置を講じ ます。同時に保護者等に連絡します。

(2) 保護者は、常に連絡がとれる体制を整え対応をお願いいたします。

５　留意事項

(1) 定期的に主治医の診察を受け、結果を保育施設に連絡してください。

(2) 登園（所）時、児童の健康状態について、担任や訪問看護師等に連絡し、当日実施する医療的ケアの内容について確認し合ってください。

(3) 医療的ケアに必要な児童が使用する用具、消耗品の点検・補充をお願いします。

(4) 使用後の物品については、家庭に持ち帰り処分をお願いします。

(5) 災害時に備え、内服薬等は必要数を毎日ご持参ください。