

医療的ケアを必要とする児童の保育・教育に関する確認書兼同意書

保育施設における医療的ケア実施の申込にあたり、次の確認事項を御理解いただいたうえで、各項目の確認欄に☑し、御署名をお願いします。

	確認事項	確認欄
1	「高松市保育施設での医療的ケア児受入に関するガイドライン」をよく読み、理解しました。また、「IV 医療的ケアの実施関係者の役割と確認事項」の内容を理解し、全て了承します。	<input type="checkbox"/>
2	止むを得ない事情により医療的ケアを行う訪問看護師等が勤務できない場合には、保護者が付き添います。また、保育中の医療的ケア実施の体制がとれない場合は、保育の利用ができないことがあることを了承します。	<input type="checkbox"/>
3	園(所)内での感染症が一定以上発症した場合の登園判断は、保護者等の責任で行います。また、保育施設の判断で登園を控えていただく場合があることを了承します。	<input type="checkbox"/>
4	保育施設が必要と認める場合、保護者等の費用負担で主治医等を受診することを了承します。	<input type="checkbox"/>
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救急車を要請し、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等の負担になることを了承します。	<input type="checkbox"/>
6	経管栄養が必要な場合は、災害時対策として、1日分の薬と食事(栄養剤)を登園(所)時に持参します。	<input type="checkbox"/>
7	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。	<input type="checkbox"/>
8	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うえで必要な範囲で、他の児童の保護者との間で共有する場合があることを了承します。	<input type="checkbox"/>
9	1～8のほか、保育施設との間で取り決めた事項を順守します。	<input type="checkbox"/>

高松市長 宛

以上の医療的ケアを必要とする児童の保育・教育に関する内容確認、同意しました。

(署名欄)

令和 年 月 日

保護者 (申請者)名			
申込児童氏名	生年月日	年 月 日生	