

様式 1

平成 年 月 日

大阪府立茨木支援学校長 様

医療的ケア実施依頼書

就学にあたって、下記の医療的ケアが必要ですのでお願いします。

児童生徒名 学部 (小・中・高) _____ 年 組 氏名 _____

保護者氏名 _____ 印
記

医療的ケアの内容

※必要な事項にチェックし、必要に応じて内容等記載してください。

<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内 ()
<input type="checkbox"/> 注入 内容及び実施方法 ※水分 チェック項目以外のもので注入する可能性がある場合は、主治医の先生にご確認ください。(例：コーヒー飲料、果汁飲料、乳酸飲料)	<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他 () チューブサイズ (Fr) 挿入 (cm) 主たる栄養食品 <input type="checkbox"/> エンシュア <input type="checkbox"/> ラコール <input type="checkbox"/> その他 () () ml を () 分間で注入 水分 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> イオン飲料 <input type="checkbox"/> その他 () () ml を適宜注入 時刻 (:) (:) 注入してはいけない食品・水分 無し・有り () 食品・薬物アレルギー 無し・有り ()
<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 自己導尿の補助・援助 <input type="checkbox"/> 導尿 カテーテルサイズ (Fr) 頻度 () 時間毎 ()
<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> 常時同じ条件での酸素吸入 <input type="checkbox"/> 体調の変化による酸素吸入 投与の目安 () 酸素流量 () ~ () l/分
<input type="checkbox"/> 吸入	<input type="checkbox"/> 定時での吸入 () 時 <input type="checkbox"/> 体調の変化による吸入 <input type="checkbox"/> 生理食塩水 () ml <input type="checkbox"/> ピソルボン () ml <input type="checkbox"/> インタール () ml <input type="checkbox"/> メプチン () ml <input type="checkbox"/> その他 () () ml/回を吸入 一日 () 回まで () 時間以上あける ()
<input type="checkbox"/> その他の医療的 ケア (配慮事項含む)	
緊急時の搬送先	<input type="checkbox"/> 救急病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 ()

※ 裏面に継続、変更・追加欄があります

様式 2

医療的ケア実施に関する医師意見書

児童生徒名 _____ 氏名 _____

○障害名（診断名）

○健康状態に関する意見

医療的ケアの内容と方法 ※必要な事項にチェックし、必要に応じて内容等記載してください。

<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内 ()
<input type="checkbox"/> 注入 内容及び実施方法 ※水分 チェック項目以外 のもの（例：コーヒー 飲料、果汁飲料、乳酸飲 料）で注入する可能性が ある場合は、ご記入くだ さい。	<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他 () チューブサイズ (Fr) 挿入 (cm) 主たる栄養食品 <input type="checkbox"/> エンシュア <input type="checkbox"/> ラコール <input type="checkbox"/> その他 () () ml を () 分間で注入 水分 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> イオン飲料 <input type="checkbox"/> その他 () () ml を適宜注入 時刻 (:) (:) 注入してはいけない食品・水分 無し・有り () 食品・薬物アレルギー 無し・有り ()
<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 自己導尿の補助・援助 <input type="checkbox"/> 導尿 カテーテルサイズ (Fr) 頻度 () 時間毎 ()
<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> 常時同じ条件での酸素吸入 <input type="checkbox"/> 体調の変化による酸素吸入 投与の目安 () 酸素流量 () ~ () l/分
<input type="checkbox"/> 吸入	<input type="checkbox"/> 定時での吸入 () 時 <input type="checkbox"/> 体調の変化による吸入 <input type="checkbox"/> 生理食塩水 () ml <input type="checkbox"/> ビソルボン () ml <input type="checkbox"/> インタール () ml <input type="checkbox"/> メプチン () ml <input type="checkbox"/> その他 () () ml/回を吸入 一日 () 回まで () 時間以上あける ()
<input type="checkbox"/> その他の医療的 ケア (配慮事項含む)	
緊急時の搬送先	<input type="checkbox"/> 救急病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 ()
研修方法	<input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 学校医、学校小児神経専門医に依頼します

平成 年 月 日 医療機関名 _____ 医師名 _____ 印

※ 裏面に継続・変更・追加欄があります

様式 3

(秘)

医療的ケアに関する申請資料 (担任・クラス・グループ用)

【 新規・変更 】※○をつけてください。

1. 児童生徒名	学部 (小・中・高)			年	組	氏名
2. 障 害 名 (診断名)						
3. 主な既往歴 ・現病歴						
4. 今回申請する医療的ケアの項目 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 注入 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> その他 () ・内容及び方法 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; height: 100px; width: 100%;"></div>						
5. 今回の申請までに実施されていた医療的ケア項目と承認年月 (無ければ空白) 例… <input type="checkbox"/> 口腔鼻腔吸引ー平成 18 年 5 月承認 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; height: 100px; width: 100%;"></div>						
6. 医療機関名			医師名			
7. 医療的ケアの申請の理由						
記載日 平成 年 月 日				記入者名		
拡大医療的ケア承認年月日 <div style="text-align: center;">平成 年 月 日</div>						

様式 4

平成 年 月 日

保護者 様

大阪府立茨木支援学校
校長 鈴木 博

医療的ケア決定通知書

平成 年 月 日付けの医療的ケア実施依頼書につきまして、検討の結果、下記のとおり実施することとなりましたので、お知らせします。

記

1. 児童生徒名 小学部・中学部・高等部 _____ 年 組 氏名

2. 実施するケアの内容・範囲

3. ケア等の開始日

平成 年 月 日

4. その他

様式 5

平成 年度 医療的ケアの実施報告

児童生徒名 学部（ 小・中・高 ） 年 組 氏名	
1. 医療的ケアの申請内容	
<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 注入 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> その他（ ） 内容及び方法 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 100px; margin: 10px 0;"></div>	
2. 医療的ケアの実施状況及び健康状態について	
3. 医療的ケア継続について意見	
<実施者> 担 任 名： 看護師名：	記載日 平成 年 月 日 記入者名：