

(記載例)

記入日 R8年4月10日

障がい・医療的ケア児保育認定児童 基本情報 保育所名 ○○○保育園

児童名	□□ □□	生年月日	R 3. 5. 10
障がい名・疾患名	知的障がい 脊髄髄膜瘤 水頭症		障がい 軽・ 中 ・重
医療的ケアの内容	間歇的導尿		
入所年月日	R 5. 4. 1	認定開始日(障)	R 7. 4. 1
		認定開始日(医)	R 5. 4. 1
家族構成	・父(同居 ・別居)・母(同居 ・別居) ・その他の同居() ・きょうだい R2年 11月 24日生(男 ・女) 年 月 日生(男・女) 年 月 日生(男・女)		
家庭状況	父は出張が多い。		
乳幼児健診	・10か月・1歳6か月・2歳・3歳・5歳 ※受診済に○ 心配があれば△		

		取得年月日	次回 更新年月日
福祉制度	身体障害者手帳	1種 1級	R4. 4. 15
	変更	種 級	R . . .
	療育手帳	B- B -A	R 7. 2. 25
	変更	B- B -A	R . . .
	特別児童扶養手当	級	R . . .
	変更	級	R . . .
	小児慢性特定疾病受給者証	有・無	R . . .
診断	判定・療育機関名	○×○×クリニック R 6. 12. 10 診断	

【関係機関情報】

利用開始日: R. 6 . 10 . 22

機関名: ○×○×クリニック
 担当者: ○○Dr
 連絡先: 011-000-0000
 支援内容:
 3か月に1回定期受診

利用開始日: R. 3 . 5 . 10

機関名: ▽▽病院
 担当者: ◇◇
 連絡先: 011-000-×0×0
 支援内容:
 3か月程度に1回定期受診
 ※脳外科、リハビリテーション科、小児科

利用開始日: R. 3 . 10 . 10

機関名: ▽○▽○訪問看護ステーション
 担当者: _____
 連絡先: 011-0×0-×0××0
 支援内容: 導尿の確認や健康観察
 1回/月

利用開始日: R. . . .

機関名: _____
 担当者: _____
 連絡先: _____
 支援内容: _____

利用開始日: R. 7 . 2 . 1

機関名: □◇□◇デイサービス
 担当者: ◇◇
 連絡先: 011-000-××××
 支援内容:
 月・火曜日 9:30~12:30

利用開始日: R. 4 . 6 . 5

機関名: □◇□◇事業所(PT)
 担当者: □□
 連絡先: 011-×××-0000
 支援内容:
 (週1回) 14:00~17:00

利用開始日: R. . . .

機関名: _____
 担当者: _____
 連絡先: _____
 支援内容: _____

利用開始日: R. . . .

機関名: _____
 担当者: _____
 連絡先: _____
 支援内容: _____

本児・保育園

【保育受託時間】 8:30 ~ 17:00

■ 保育園 ■ 事業所利用

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
月			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
火			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
水			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
木			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
金			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
土													

月1回の訪問看護

休み

※登降園時間、児童発達支援事業所利用時間を表に記入してください

(記載例)

記入日 R8年4月10日

医療的ケア児保育認定児童 基本情報(別紙)

児童名	□□ □□	生年月日	R 3.5.10
出生からこれまでの経過 (現病歴)	出生前より診断を受けていた。出生後、脊髄髄膜瘤修復術、水頭症に対し脳室腹腔シャント術を受ける。		
既往歴及び現在の症状と その対処	脊髄髄膜瘤による神経因性膀胱のため、導尿(3~4時間毎)、自力排便ができないため、便秘時グリセリン浣腸使用。 足関節の高度変形あり、装具使用。		
使用中の医療機器	※喀痰吸引や人工呼吸器、持続ポンプ等のメーカー、機種等を記載 なし		
自宅での医療的ケア実施者	両親とも実施はできるが、ほぼ母親が実施		
医療的観点(主治医)の見 通し	今後も導尿、浣腸は、継続が必要。		
家族の受け止め、今後につ いての考え、保育園に希 望すること	他者から歩行困難なことや病気、容姿について何か言われることに不安がある。できる限りクラスの子と同じことができるようにしてほしい。		