

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。