

医療的ケアが必要なお子様の保育所等見学カード

記入日：令和 年 月 日

ふりがな
児童名 _____ 男・女 H・R 年 月 日生まれ
(歳 ヶ月)

住所 _____ 連絡先 _____

かかりつけの医療機関 _____

1 保育所等で実施を希望する医療的ケアの内容及び方法

医療的ケア内容	保育所等で実施を希望する回数・時間など
経管栄養 経鼻 胃ろう 腸ろう	
導尿	
喀痰吸引 口腔内 鼻腔内 気管カニューレ内部	
酸素吸入	
ネブライザー吸入	
血糖値測定 インスリン注射	
その他	

2 診断名・障害について

診断名	
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ 級） <input type="checkbox"/> 愛護手帳（ 度） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ 級） <input type="checkbox"/> なし

3 緊急時の対応方法

--

4 主治医は、保育所等での集団生活が可能と判断していますか？（ はい・いいえ・未確認 ）

ご記入いただき、施設見学にご持参ください。 ※保育所等にて写しを取らせていただく場合がございます。

