医療的ケア児聞き取り票

●お子さんの基本的な情報や、保育所にいる時間にお子さんに必要な医療的ケアを教えてください。

記入日：　　年　　月　　日

児童氏名		生年月日	年　　月　　日		
住所				年齢	歳
保護者 氏名		保護者 連絡先			
診断名		かかりつけ医	病院名： 主治医（　　）		
医療的ケアの項目・内容		保育施設で実施を希望する方法			
児童発達支援の利用	利用開始時期		（頻度　　回/　）		
相談支援事業所の利用	担当者名（　　）連絡先（　　）				
保育必要事由（父）		保育必要事由（母）			
①就労 ③疾病・障がい ④同居親族の介護・看護 ⑥求職活動（起業準備含む。） ⑦就学、職業訓練		①就労（育休復帰予定日：　　年　　月　　日） ②妊娠・出産（分娩予定日：　　年　　月　　日） ③疾病・障がい ④同居親族の介護・看護 ⑥求職活動（起業準備含む。） ⑦就学、職業訓練			
入所希望時期					
入所希望時期への入所が叶わなかった場合					
□自宅で保育する □児童発達支援を利用する □その他（親族の支援など）：					
その他　※普段おうちの方が注意されていること、保育施設で配慮が必要なこと					
□保育施設利用に関する検討会までに、市が指定する面談を受けるとともに、検討会の構成員が、対象児童の主治医又は療育機関等から、下記の対象児童に係る意見聴取を行うことについて同意いたします。 □また、対象児童について、面談で聴取した内容及び検討会のために保護者や主治医等から収集した情報を、入所希望する保育施設に情報提供することに同意いたします。					