医療的ケア個別対応マニュアル

（様式５）

**作成日：　　年　　月　　日**

**更新日：　　年　　月　　日**

**作成者(更新日時点)：　　　　　(職種　　　)**

お子さんについて

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| お名前 | （男・女） | 生年月日  （年齢） | 年　　月　　日  (　　　歳) |
| 住所 | 神奈川県中郡二宮町 | | |
| 緊急連絡先 | ①　　　　　　　　　　　　　　②  ③　　　　　　　　　　　　　　④  ⑤　　　　　　　　　　　　　　⑥ | | |

医療的ケアに関する情報

**次頁へ続く**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 診断名 | ※必要に応じて病気の詳細を記した資料を添付 | | | |
| 医療的ケアの内容 |  | | | |
| 服薬 | 【　有　・　無　】  ※自宅で服薬がある場合を含め、お薬手帳の写しを別途添付 | | | |
| 医療的ケアの必要物品・管理方法 | 必要物品 | | 管理方法 | |
|  | |  | |
| 医療的ケア等の手順・留意点 | 手順 | | 留意点 | |
|  | |  | |
| 医療的ケア等の手順・留意点 |  | | （様式５） | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | | ※必要に応じて、各ケアの手順書などを添付 | |
| 緊急時の対応  **全ての症状に共通し、第一に保護者へ連絡** | 状況・症状 | 園内での看護師処置  病院搬送の必要性 | | 処置後の対応 |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| 安静時  体温　　　℃ | 想定される上記症状の原因 | | | |
|  | | | |
| 登園不可の基準 |  | | | |

（様式５）

医療機関の情報

（様式５）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関 | | 連絡先 | 対応時間 |
| 主治医 |  |  |  |
| かかりつけ医 |  |  |  |
| その他救急搬送先 |  |  |  |
| リハビリ |  |  |  |

お子さんの発達・暮らしの中で配慮すること

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 配慮の有無 | | 配慮すべき内容や現状の詳細 |
| 有 | 無 |
| 食事 | | □ | □ |  |
| 排泄 | | □ | □ |  |
| 睡眠 | | □ | □ |  |
| 遊び  行動 | 身体機能  (運動機能) | □ | □ |  |
| 環境・場所  (室内・  園庭・屋外) | □ | □ |  |
| コミュニケーション | 言語／表現 | □ | □ |  |
| 理解力 | □ | □ |  |
| 社会性 | □ | □ |  |
| その他 | |  | | |

私生活におけるお子さんについて

（様式５）

|  |  |
| --- | --- |
| 好きなこと |  |
| 好きな遊び |  |
| 好きな食べ物 |  |
| 性格などその他 |  |

ご家族について

|  |  |
| --- | --- |
| 家族構成、近隣親族の協力 |  |
| 登園時の保護者の状況  （就労先の勤務状況等） |  |

登園時１日のスケジュール・個別対応

（様式５）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 時間 | 保育内容 | 医療的ケア内容 | 留意点 |
| 8：30 |  |  |  |
| 9：30 |  |  |  |
| 10：00 |  |  |  |
| 11：15 |  |  |  |
| 12：15 |  |  |  |
| 14：45 |  |  |  |
| 15：10 |  |  |  |
| 16：00 |  |  |  |

各年間行事における個別対応

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 時期 | 行事名 | 個別必要な対応 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

災害時対応

|  |  |
| --- | --- |
| 避難経路・方法 |  |
| 避難時の必要物品 |  |
| その他 配慮すべき事項 |  |