

## 医療的ケアについての確認及び同意書

保育施設等における医療的ケア実施の申込みにあたり、次の確認事項をご理解いただいた上で、各項目の確認欄にチェックし、ご署名をお願いします。

|    | 確認事項                                                                                                                             | 確認欄                      |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1  | 「名護市保育施設等における医療的ケア児の受け入れに関するガイドライン」（以下「ガイドライン」とする。）をよく読み、理解しました。                                                                 | <input type="checkbox"/> |
| 2  | 慣らし保育を保護者同伴で行うことがあることを了承します。                                                                                                     | <input type="checkbox"/> |
| 3  | 医療的ケアに必要な機材・器具・衛生用品等の準備、点検及び整備は保護者で行うことを了承します。                                                                                   | <input type="checkbox"/> |
| 4  | 登園時、保護者と職員で持ち物（医療的ケアの物品・消耗品等）の確認をし、不備がある場合には整うまで受け入れができないことを了承します。                                                               | <input type="checkbox"/> |
| 5  | 医療的ケアを行った際に出た医療廃棄物等は、保護者が毎日持ち帰ることを了承します。                                                                                         | <input type="checkbox"/> |
| 6  | 医療的ケアの内容に関する新たな情報（主治医の意見や健康状態の変化等）は速やかに保育施設等へ医療的ケアに関する意見書兼指示書（様式②）の原本を提出することを了承します。また発行からおおむね1年毎に、指示書を提出することを了承します。              | <input type="checkbox"/> |
| 7  | 保育施設内での感染症が一定以上発症した場合の登園の判断は、保護者等の責任で行います。また、集団生活では飛沫感染や接触感染は容易に生じやすい環境であることを理解し、保育施設等の判断で家庭保育をお願いする場合があることを了承します。               | <input type="checkbox"/> |
| 8  | 健康状態の変化等により、主治医の意見、保育施設等の状況を鑑みて、集団保育の継続が困難と名護市が判断した場合は、保育施設等の利用を終了する場合があることを了承します。                                               | <input type="checkbox"/> |
| 9  | 医療的ケアを行う看護師等が不在の場合に保育施設等を利用する際は、保護者に協力を依頼する場合や、家庭保育をお願いする場合があることを了承します。                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 10 | 医療的ケアが必要な児童の状況について、集団保育を実施する上で必要な情報は、他の児童の保護者と共有する場合があることを了承します。                                                                 | <input type="checkbox"/> |
| 11 | 緊急時の連絡手段の確保を行うことを了承します。児童の症状に急変が生じ、緊急事態と保育施設等が判断した場合、その他必要な場合には、保護者等へ連絡する前に救急車を要請し、受診する場合があります。なお、それに伴い生じた費用は保護者等の負担となることを了承します。 | <input type="checkbox"/> |
| 12 | その他、保育施設等との間で取り決めた事項を遵守します。                                                                                                      | <input type="checkbox"/> |

名護市長 宛

保育施設等の長 宛

以上の医療的ケア・保育についての内容を確認し、同意しました。

（署名欄）

年 月 日

|       |      |   |     |
|-------|------|---|-----|
| 保護者氏名 |      |   |     |
| 申込児童  | 生年月日 | 年 | 月 日 |