

様式第2（第4条関係）

年 月 日

岩倉市長 殿

医療機関名： _____

主治医名： _____

(診療科名： _____)

主治医意見書

放課後児童クラブにおける医療的ケアを要する児童について、下記のとおり意見書を提出します。

記

児 童 氏 名		生年月日		性 別	
診 断 名		受診状況	<input type="checkbox"/> 定期 (回 / 月) <input type="checkbox"/> 不定期 ()		
放課後児童クラブでの集団生活・医療的ケアの可否	放課後児童クラブでの集団生活及び医療的ケアについて（看護師が実施） <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可（理由： _____ ）				
必 要 な 医 療 的 ケ ア					
放課後児童クラブでの注意事項					

様式第3（第4条関係）

年 月 日

岩倉市長 殿

児童氏名 _____

保護者氏名 _____

同 意 書

下記の事項を承諾の上、岩倉市放課後児童クラブにおいて医療的ケアを実施することに同意します。

記

- 1 医療機関に対する診療報酬等（主治医指示書、看護師等に対する主治医の指導等に係る費用及び文書料等）及び医療的ケアの実施に必要な器具、消耗品等（以下「医療器具等」という。）に係る費用を負担します。
- 2 医療器具等を清潔な状態に保ち、実施当日に放課後児童クラブへ持参します。なお、医療器具等を忘れたときは、医療的ケアの実施を依頼しません。
- 3 対象児童が放課後児童クラブを利用する日ごとに、対象児童の健康状態を連絡票で放課後児童クラブに知らせます。なお、連絡票の提出を忘れたときは、医療的ケアの実施を依頼しません。
- 4 対象児童の体調等により、一時的に医療的ケアの内容に変更があるときは、事前に連絡票に記入し、放課後児童クラブに知らせます。
- 5 医療的ケアに係る必要書類の提出、主治医による個別研修への立会い、看護師が実施する放課後児童クラブにおける医療的ケアへの一定期間の立会い等に協力します。
- 6 やむを得ない事情により看護師が不在となる場合があることを了承します。また、看護師が不在となるときは、放課後児童クラブの求めに応じて必要な協力をします。
- 7 医療的ケアの実施当日の緊急連絡先を放課後児童クラブに知らせます。
- 8 放課後児童クラブにおいて看護師による医療的ケアを受けた後、次の医療的ケアの実施までの間に対象児童に異状を認めた場合は、速やかに主治医の診察を受けるとともに、放課後児童クラブへ知らせます。
- 9 その他、次に掲げる事項について同意します。
 - ・対象児童の通う小学校、保健センター、消防署等の関係機関との間で、情報共有を行うこと。
 - ・看護師に対し、主治医指示書に記載された内容を提示すること。

様

岩倉市長

岩倉市放課後児童クラブにおける医療的ケア実施決定通知書

年 月 日付けで申請がありました放課後児童クラブにおける医療的ケアの実施について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

児 童 氏 名	
医療的ケアを実施する 放 課 後 児 童 ク ラ ブ	
実 施 の 可 否	可 ・ 否 ・ 一部可
医 療 的 ケ ア の 始 期	年 月 日から
医 療 的 ケ ア の 内 容 及 び 範 囲	
緊 急 時 の 対 応	
備 考	

主治医指示書

医療機関名 _____

医師名 _____

放課後児童クラブにおける医療的ケアを要する児童について、下記のとおり指示します。

記

児 童 氏 名		生年月日		性 別	
診 断 名					
投与中の薬剤の 用法及び用量					
医療的ケアに 係る指示					
緊急時の対応					
放課後児童クラ ブでの注意事項					

様式第6（第7条関係）

岩倉市放課後児童クラブにおける医療的ケア実施内容変更申請書

年 月 日

岩倉市長 殿

児童氏名 _____

(生年月日： 年 月 日)

保護者氏名 _____

岩倉市放課後児童クラブ医療的ケア児支援事業実施要綱第7条第1項の規定に基づき、放課後児童クラブにおける医療的ケアの実施内容を変更したいので、下記のとおり申請します。

記

医療的ケアを実施する 放 課 後 児 童 ク ラ ブ	
医 療 的 ケ ア の 種 類 ※□にチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 酸素療法（ <input type="checkbox"/> 酸素吸入（ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 鼻腔） <input type="checkbox"/> 人工呼吸器） <input type="checkbox"/> 喀痰吸引（ <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管切開部 ） <input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう ） <input type="checkbox"/> 導尿（ <input type="checkbox"/> 一部要介助 <input type="checkbox"/> 完全要介助 ） <input type="checkbox"/> 血糖値測定及びインスリン注射 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
変 更 内 容	
変 更 理 由	

添付書類 変更内容が記載された主治医指示書

様

岩倉市長

岩倉市放課後児童クラブにおける医療的ケア実施内容変更決定通知書

年 月 日付けで変更の申請がありました放課後児童クラブにおける医療的ケアの実施について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

児 童 氏 名	
医療的ケアを実施する 放 課 後 児 童 ク ラ ブ	
変 更 の 可 否	可 ・ 否 ・ 一部可
変 更 内 容	
備 考	

様式第8（第8条関係）

岩倉市放課後児童クラブにおける医療的ケア支援事業終了届

年 月 日

岩倉市長 殿

児童氏名 _____

（生年月日： 年 月 日）

保護者氏名 _____

下記のとおり届け出ます。

記

児 童 氏 名	
医療的ケアを実施する 放 課 後 児 童 ク ラ ブ	
終 了 日	年 月 日
理 由	