

医療的ケアを必要とする児童の保育に関する確認書兼同意書

保育施設等における医療的ケア実施の申し込みにあたり、次の確認事項をご理解いただいたうえで、各項目の確認欄に☑し、署名をお願いします。

	確 認 事 項	確認欄
1	「医療的ケア児の入所申込について」の内容を理解し、全て了承します。	☐
2	止むを得ない事情により医療的ケアを行う看護師等が勤務できない場合には、保護者が付き添います。また、保育中の医療的ケア実施の体制がとれない場合は、保育の利用ができないことがあることを了承します。	☐
3	保育施設内での感染症が一定以上発症した場合の登園判断は、保護者等の責任で行います。また、保育施設等の判断で登所（園）を控えていただく場合があることを了承します。	☐
4	保育施設が必要と認める場合、保護者等の費用負担で主治医等を受診することを了承します。	☐
5	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、受診または治療が行われることがあります。なお、それに伴い生じた費用は保護者等の負担になることを了承します。	☐
6	経管栄養が必要な場合は、災害時対策として、1日分の薬と食事（栄養剤）を登所（園）時に持参します。	☐
7	児童の病態の変化等により、市が規定する医療的ケアの内容に変更が生じた場合は、保育施設等へ速やかに相談することを了承します。	☐
8	医療的ケアが必要な児童の状況について、嘱託医と情報共有するほか、集団保育を実施するうえで必要な範囲で、他の児童の保護者との間で共有する場合があることを了承します。	☐
9	1～8のほか、保育施設等との間で取り決めた事項を順守します。	☐

東大阪市長 宛

以上の内容について内容を理解したので、医療的ケアの実施及び保育利用に同意いたします。

年 月 日

保護者名 _____