

横浜市立中村特別支援 学校長

医療的ケア等実施依頼書

学部 年

児童生徒氏名

医療的ケア の 内 容	<input type="checkbox"/> 経管栄養 経鼻経管 (挿入の長さ cm Fr) 胃ろう・腸ろう <input type="checkbox"/> 吸引 口腔：看護師 cm 教員 cm 鼻腔：看護師 cm 教員 cm 気管切開： cm <input type="checkbox"/> 水道水可 <input type="checkbox"/> 未滅菌手袋可 ※ 吸引圧 kPa <input type="checkbox"/> 導尿 () 時間毎 実施時間 () <input type="checkbox"/> 服薬等 (処方については別添) <input type="checkbox"/> その他
実施方法 (時間 ・回数等)	●発作時の対応 <input type="checkbox"/> 見守りのみ <input type="checkbox"/> 発作が () 分以上続く場合、保護者へ連絡 <input type="checkbox"/> 発作が () 分以上続く場合、救急車を要請 <input type="checkbox"/> 坐薬の使用について () の状態の時 () () mg () 個挿入 ※普段と違う全身性けいれんが見られた時には救急車を要請します。
留意事項 (保護者 伝達事項)	(プール「屋内外」での水遊びの可否、遠足、修学旅行、宿泊学習等の参加可否・配慮事項)

学校での医療的ケアの実施について、上記のとおり依頼します。なお、依頼する内容は、家庭で常時実施し、安全を確認しています。

学校、および教育委員会が主治医と直接連絡を取り、安全な医療的ケア実施についての確認をしたり、指示や助言をいただいたりすることを了承します。

医療的ケアの一部の行為については、認定特定行為業務従事者として認定を受けた教員が行うことを承諾します。また、教員等が、認定特定行為業務従事者認定証取得のために行う研修において、実地研修のモデルとなることを了承します。

教員等がてんかん発作のために坐薬を使用した場合には、使用後に医療機関を受診します。

新規	令和 年 月 日
	保護者氏名 印

継続	令和 年 月 日
	保護者氏名 印