

(様式1 (表))

申請書を提出する日

令和 ○ 年 ○ 月 ○ ○ 日

県立つくば特別支援学校長 殿

所属学年 **B** 部門 **小学** 部 **I** 年児童生徒氏名 ○○ ○○○保護者氏名 ○○ ○○○ (自署)

医療的ケアの実施について (申請)

茨城県教育委員会医療的ケア支援事業実施要項の定めるところにより、医療的ケアを実施して下さるよう、下記のとおり申請します。

なお、下記の主治医と相談の上、申請したことを申し添えます。

記

1 主治医名

(1) 病院名

○○○○病院

(2) 主治医名

○○ ○○○

2 依頼する理由

健康維持のため

安全に学校生活を送るため

経口摂取が困難なため

自力排痰が困難なため

3時間おきに導尿が必要なため

など

3 依頼する医療的ケアの内容

- | | | | | |
|---|---|---|---|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 吸引 | <input checked="" type="checkbox"/> 口腔内 | <input type="checkbox"/> 鼻腔内 | <input checked="" type="checkbox"/> 気管切開部 | <input type="checkbox"/> エアウェイ内 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 | <input type="checkbox"/> 経鼻 | <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう | <input type="checkbox"/> 腸ろう | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 導尿 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 酸素吸入 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 薬液吸入 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の管理 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 血糖管理 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 血糖測定 | <input type="checkbox"/> インシュリン注入 | | | |
| <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> その他 () | 胃内部の空気抜き | | |) |

4 健康状態

良好

5 主治医承諾の有無及び参考意見等

有

6 その他

特になし

(様式1 (裏))

医療的ケア実施に関する同意書

以下の事項をよくお読みいただき、チェックをしてください。

1	学校での医療的ケアを実施する上で主治医の指導・助言が必要な場合に、学校関係者が受診に同行する等により、主治医と直接相談することがあります。	<input checked="" type="checkbox"/>
2	県教育委員会、学校医、巡回指導医、連携医療機関等と情報共有します。学校生活を送る上で必要な範囲で、他の在籍児童生徒や保護者との間で情報共有を行う場合があります。	<input checked="" type="checkbox"/>
3	医療機関への受診、学校が求める各種書類の用意及び提出、カンファレンスの実施など、学校での安全な受入れ及び医療的ケアの実施、円滑な教育活動の実施のため、協力します。	<input checked="" type="checkbox"/>
4	学校では、主治医による指示書に基づき医療的ケア、教育活動及び緊急時の対応を行います。指示されていない医療的ケア等を行うことはできません。	<input checked="" type="checkbox"/>
5	児童生徒の状況が変わった場合には、改めて指示書ほか教育委員会が必要と認める書類の提出を求めることがあります。	<input checked="" type="checkbox"/>
6	登校前に家庭にて健康観察を行ってください。顔色、動作、食欲、体温等が普段と異なり、児童生徒の体調が悪い時には登校を控えてください。	<input checked="" type="checkbox"/>
7	医療的ケアを安全に実施するため、入学時や転学時のほか、夏休み等の長期休業や長期の入院後はじめて登校する際などには、安定して医療的ケアを実施できるまでの一定の期間、保護者等に付き添いの協力を依頼する場合があります。	<input checked="" type="checkbox"/>
8	学校が必要と認めるときには、主治医等を受診ください。なお、その費用は保護者の負担となります。	<input checked="" type="checkbox"/>
9	在校中に児童生徒の健康状態に異変があった場合などに備え、必ず保護者等と連絡がとれるようにしてください。	<input checked="" type="checkbox"/>
10	児童生徒の症状に急変が生じ、緊急事態と学校が判断した場合やその他必要な場合には、学校が事前に確認している医療機関に連絡を行い、必要な措置を講じます。同時に児童生徒の保護者等に連絡を行います。 また、保護者等へ連絡する前に児童生徒を医療機関に搬送し、受診又は治療が行われることがあります。それに伴い生じた費用は保護者の負担となります。	<input checked="" type="checkbox"/>
11	保護者は、医療的ケアの実施に必要な医療機器、医療用具、医薬品及び消耗品等を不足なく、保護者の費用負担の上で準備・点検・整備し、学校に預託することとします。使用後の物品は、家庭に持ち帰ることとします。	<input checked="" type="checkbox"/>
12	医療機関に支払う診察報酬、文書料等は保護者が負担することとします。	<input checked="" type="checkbox"/>
13	学校は、個別の実施マニュアル等の関係書類を作成する過程において、内容等を保護者へ確認し、合意形成を図りながら進めるとともに、保護者はそれに協力するものとします。	<input checked="" type="checkbox"/>
14	上記のほか、必要に応じ学校・教育委員会との間で取り決めた事項を遵守します。	<input checked="" type="checkbox"/>

県立つくば特別支援学校長 殿

以上に掲げる事項について、全て同意します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日

保護者氏名 ○○ ○○○

継続 申請日								
保護者 サイン								

