# （様式５　医療的ケア実施計画書）

秋 田 市 長　　宛 　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

医療的ケア実施計画書

|  |  |
| --- | --- |
| 設置者名 |  |
| 施設名 |  |
| 代表者名 |  |

　保育施設における対象児童に対する医療的ケアについて、次のとおり実施します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | | 生年月日 | 年　 月　 日生（満　 歳　 か月） | |
| 作成者 | （職名）　　　　　　　　（氏名） | | | | |
| 実施担当者 | （職名）　　　　　　　　（氏名） | | | | |
| 必要な  医療的ケア | * 口腔内・鼻腔内の喀痰吸引 * 気管カニューレ内の喀痰吸引 * 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 * 経鼻経管栄養 * 導尿 * インスリン注射 * その他（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 医療的ケアの内容 | | 実施手順 | | | 準備物・留意点 |
|  | |  | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 予想される緊急時の対応 | |
| 予想される緊急時の状態 | 対　　　応 |
|  |  |