

（宛先）
江別市立 校長

住所
保護者氏名
電話番号
印

医療的ケア実施申請書

学校における医療的ケアの実施について、江別市立小学校及び中学校医療的ケア実施要綱第6条の規定により次のとおり申請します。

学 校 名		学 年 ・ 学 級	
児 童 生 徒 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
医療的ケアの内容			
実 施 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日		
添 付 書 類	・ 医療的ケアに関する指示書（第2号様式） ・ 医療的ケア実施同意書（第3号様式）		
特 記 事 項			

※申請内容に変更がある場合には、再度、申請書の提出が必要です。

第2号様式（第6条関係）

医療的ケアに関する指示書

(ふりがな) 児童生徒氏名		学校名	学校
生年月日	年 月 日生 (歳)	性別	男・女
学校において看護師が行う医療的ケア			
指示内容	<p>※ 喀痰吸引については、吸引圧、カテーテルサイズ、挿入の長さ等を指示してください。</p> <p>※ 経管栄養については、経管栄養剤の種類、注入する量、温度、注入時間、注入開始時間等を指示してください。</p>		
特記事項 (予想される緊急時の状態とその対応等)			

上記の児童生徒に対し、学校看護師が医療的ケアを行うことを承諾します。

年 月 日

(宛先)
江別市教育委員会
江別市立 校長

医療機関名
医師氏名

印

（宛先）
江別市立 校長

児童生徒氏名
保護者氏名 印

医療的ケア実施同意書

江別市立小学校及び中学校での医療的ケアの制度について、十分な説明を受け、その内容について理解しましたので、以下の内容に同意します。

1 同意事項

- （1）学校において実施する「医療的ケア」は、学校看護師が主治医からの指示書に基づくケアのみを行うこととし、適切な手法でケアを行った場合においても（ ）などの合併症が発生する可能性があることを十分に理解・納得しましたので、実施を依頼します。
- （2）「医療的ケア」の実施において、学校における対応範囲に限りがあることを理解し、学校看護師が対応できない場合や対象児童生徒の健康状態が優れない等、実施に不安がある場合には、保護者が対応します。
なお、保護者が対応できない場合や、児童生徒の健康状態等が優れない場合には、無理に登校させないなど、児童生徒の体調に十分に配慮した対応をします。
- （3）学校で実施する「医療的ケア」に必要な医療費、文書料及び消耗品等は、保護者が負担します。
- （4）「医療的ケア」の安全な実施に必要な、児童生徒の健康状態について、登校時に、学校に報告します。
- （5）児童生徒が、在校中に健康状態等に異変があった場合、学校からの連絡が受け取れる連絡先を、裏面のとおり緊急連絡先を提出します。
- （6）「同意事項」のうち、医療的ケアの内容・緊急連絡先に変更がある場合には、遅滞なく届出します。
- （7）この「同意事項」以外の事由が発生した場合には、学校と対応について速やかに相談し、児童生徒が安全に通学できるよう努めます。

2 緊急連絡先

	連絡先の氏名	児童生徒との関係	連絡先電話番号	連絡先種別
1				
2				
3				
4				
5				

※連絡先種別の欄には、携帯電話、自宅、勤務先などを記入してください。

第4号様式（第7条及び第8条関係）

医療的ケア対応マニュアル

作成年月日 年 月 日

作成者 学校看護師

氏名		年組	(男・女)
実施期間		必要物品	
実施時間			
実施場所			
実施手順	実施内容	実施上の留意事項	
緊急時対応		承認(校長) 印	

※実施手順は、必要物品の準備から後片付けまで、医療的ケアの流れについて順序立てて記載する。

※実施内容は、医療的ケアの内容を手順ごとに箇条書きで簡潔に記載する。

年 月 日

（宛先）
江別市教育委員会教育長

江別市立 学校
校長 印

医療的ケア実施検討結果承認依頼書

このことについて、次のとおり医療的ケア実施検討結果について承認願います。

1 対象児童生徒

氏名 (小学・中学 年)

2 申請のあった医療的ケアの内容

3 申請のあった実施期間

年 月 日 ~ 年 月 日

4 医療的ケア実施検討結果

- ・医療的ケアを実施できます。
- ・以下の理由で医療的ケアを実施できません。
<実施できない理由>

（宛先）
江別市立 校長 様

江別市教育委員会
教育長

医療的ケア実施検討結果承認書

年 月 日付けで承認依頼のありました、医療的ケアの実施検討結果について、下記のとおり承認します。

記

1 対象児童生徒
氏名 (小学・中学 年)

2 申請のあった医療的ケアの内容

3 申請のあった実施期間
年 月 日 ~ 年 月 日

4 医療的ケア実施の適否

- ・医療的ケアの実施を承認します。

実施期間 この承認後、校長が保護者に実施の通知をした日から
年 月 日まで

※ 医療的ケアの実施に当たっては、裏面の事項に十分留意し、安全に実施してください。

- ・以下の理由で医療的ケアを実施しないことを承認します。
<承認の理由>

【留意事項】

貴校での「医療的ケア」を安全に実施するため、次の事項を厳守してください。

1 医療的ケアの実施者

医療的ケアは、主治医の指示書に基づき学校看護師が実施すること。

2 事故防止と事故発生の危険性があるときの対応

(1) 事故の防止に努め、安全に行える条件下で実施すること

(2) 次の場合は、学校看護師による対応は行わず、保護者に対応を求めること。

ア 学校看護師が病気などで対応できないとき

イ 当該児童の体調が優れないときなど、学校看護師が医療的ケアを実施することで事故が発生する危険性があると考えられるとき

3 事故発生時の対応や連絡体制の確立

事故発生時の対応や連絡体制について、保護者や関係医療機関と十分に確認するとともに、事故発生時には速やかに教育委員会に連絡を入れること。

4 保護者の同意事項の共通理解

保護者からの同意事項などについて、保護者と学校関係者間で共通理解を図り、保護者と相互に協力して実施すること。

5 実施結果報告

医療的ケア事業の実施状況は、「医療的ケア実施結果報告書」により当該月の翌月 10 日までに報告すること。

6 その他

年 月 日

（保護者）様

江別市立 学校
校長 印

医療的ケア実施適否通知書

年 月 日付けで申請のありました、医療的ケア実施の適否につきまして、下記のとおり通知します。

記

1 対象児童生徒
氏名 (小学・中学 年)

2 医療的ケア実施の適否

- ・医療的ケアを実施します。

実施する医療的ケアの内容

実施期間 年 月 日 ～ 年 月 日

※ 医療的ケアの内容及び裏面の留意事項を確認の上、医療的ケア実施承諾書（第8号様式）を提出してください。なお、不明な点がありましたらお問合せください。

- ・以下の理由で医療的ケアを実施できません。
<実施できない理由>

実施に当たっての留意事項

- (1) 医療的ケアは、学校看護師が主治医からの指示書に基づき実施しますが、適切な手法で実施した場合でも（ ）などの合併症が発生する可能性があることを十分に理解してください。
- (2) 学校で実施する医療的ケアの範囲には限りがあるため、対象の児童生徒の体調が優れない場合の登校調整や、登校時に報告するなどを忘れず実施してください。
- (3) 学校看護師が不在にする場合や、対象となる児童生徒の健康状態に不安がある場合には、児童生徒の安全を確保するために保護者が対応してください。
- (4) 医療的ケア事業の実施に必要となる、医療機関に対する診療報酬、文書料及び医療的ケアに必要な消耗品等は、保護者の負担となります。
- (5) 登校後、健康状態などに異変が認められた場合には、速やかに保護者に連絡して対応を相談しますので、必ず連絡が通じるようにしてください。
- (6) 学校での医療的ケア実施にあたり、申請された内容に変更等がある場合には、速やかに届出してください。
- (7) 医療的ケア児が主治医を定期受診及び緊急受診する際、学校看護師及び学校職員が同行し、医療的ケアの実施について、主治医から必要な指示を受けることがありますのでご了承ください。
- (8) その他（ ）

第8号様式（第8条関係）

年 月 日

（宛先）
江別市立 校長

児童生徒氏名
保護者氏名 印

医療的ケア実施承諾書

年 月 日付け通知の医療的ケア実施適否通知書に基づき、貴校に
おける医療的ケアの実施を承諾します。

第9号様式（第9条関係）

医療的ケア実施票（ ）

1 実施依頼（保護者が記入）

児童生徒氏名	(江別市立 学校)	実施年月日	年 月 日 ()
本日の医療的ケアを希望しますか。 はい ・ いいえ			
健康状態	(児童生徒の体調)		
特記事項		持参品	・ 登校時 ・ 下校時

2 実施記録（学校看護師が記入）

実施時の様子		学校看護師所見	
ケアの様子	実施時刻	(ケアの実施内容・実施時の健康状態などの記録)	
	:		
	:		
	:		
特記事項			
実施者	学校看護師・保護者	学校確認印	

3 保護者確認（保護者が記入）

実施記録を確認しました。 保護者氏名

年 月 日

（宛先）
江別市教育委員会
（医院名）
主治医 様

学校名 江別市立 学校
校長 印

年 月分医療的ケア実施結果報告書

本校において医療的ケアを実施しましたので、実施内容を報告します。

1 実施期間

年 月 日 ～ 年 月 日

2 医療的ケア実施者

3 実施内容

1	児童生徒氏名	年 (男・女)	実施した内容	実施日数 日	実施回数 回
	(特記事項)				
2	児童生徒氏名	年 (男・女)	実施した内容	実施日数 日	実施回数 回
	(特記事項)				
3	児童生徒氏名	年 (男・女)	実施した内容	実施日数 日	実施回数 回
	(特記事項)				

※同一児童生徒で複数の医療的ケアがある場合には、それぞれ分けて記入してください。