

令和9年度(2027年度) 「草加市児童発達支援センターあおば学園」入園相談会 について

1 入園相談会

入園相談会は、令和9年度(2027年度)に草加市児童発達支援センターあおば学園への入園を希望する児童及び保護者と面談をして、心身の状態や日常生活の様子を伺うために実施するものです。令和9年度(2027年度)入園を希望される方はお申込みください。

(1) 日程

令和8年(2026年)11月5日(木)、6日(金)、9日(月)
10日(火)、11日(水)、12日(木)、13日(金)

(2) 実施時間

- ① 15時15分～16時00分
- ② 16時15分～17時00分

(3) 会場

草加市児童発達支援センターあおば学園
草加市青柳6丁目61-1 電話 048-936-4972

(4) 対象児童

【対象年齢】

- ・令和9年(2027年)4月1日現在で3歳以上の未就学児
(令和3年4月2日～令和6年4月1日生まれ)

【対象者】

対象1 (知的クラス)

- ・知的障がいのあるこども
- ・入園相談会時点でおおむね歩行可

対象2 (肢体不自由クラス)

- ・身体障がいのあるこども

※身体障がいとは、以下のいずれかの内容とし、身体障害者手帳の所持は問わない。

- (1) 上肢、下肢、体幹
- (2) その他入園検討委員会が認めた者

※医療的ケア児(知的クラス・肢体不自由クラス共通)

次のいずれかの医療的ケアを必要とするこども

- (1) 口腔・鼻腔・気管内の痰吸引

- (2)経鼻・胃ろう・腸ろうによる経管栄養
- (3)導尿等
- (4)薬剤の吸入
- (5)その他、入園検討委員会が認めた者

※入園相談会で聴取した保護者の意向、入園検討委員会による協議・検討結果により、適切な療育を実施することを鑑み、身体障がいをもつこどもの知的クラス及び、知的障がいをもつこどもの肢体不自由クラスの入園を決定する場合があります。

(注1) 投薬（定時薬、坐薬、吸入、軟こう塗布）を医師が必要と認めたこどもは全クラス対象とします。

(5) 申込み

①提出する書類（別添）

【知的クラス・肢体不自由クラス共通】

- ・令和9年度(2027年度)草加市児童発達支援センターあおば学園
入園相談会参加申込書
- ・心身状況表（※知的クラス、肢体不自由クラスで様式が異なります。）
- ・指定の診断書（※肢体不自由クラスは別紙「肢体不自由の状況及び所見」が必要です。）

【肢体不自由クラス】

- ・肢体不自由クラス 相談会申込書
- ・肢体不自由児 主治医意見書

【医療的ケア児】

- ・医療的ケア 実施申込書
- ・医療的ケア児 主治医意見書

②申込期間

令和8年(2026年)9月1日（火）から

令和8年(2026年)10月20日（火）まで

③申込手順

必要書類のご提出をもって正式な受付となります。提出書類にご記入のうえ、郵送してください。申込期間中に必要書類のご提出がない場合は申込みがなかったものとさせていただきますのでご注意ください。園に提出書類を直接持参される場合は事前にご連絡ください。

土・日・祝日を除く平日に相談会参加日時の内定についてご連絡します。

④申込受付

草加市児童発達支援センター あおば学園

⑤注意事項

- (ア) 相談会参加日は先着順で決定します。
- (イ) 参加申込書等は、封筒に「入園相談会申込書在中」と明記し、草加市児童発達支援センターあおば学園に郵送して下さい。
- (ウ) 園に提出書類を直接持参される場合は事前にご連絡ください。

(6) 申込書

令和9年度草加市児童発達支援センターあおば学園入園相談会参加申込書、心身状況表及び指定の診断書等入園申し込みに必要な書類は、草加市児童発達支援センターあおば学園・子育て支援センターに置いてあるほか、あおば学園ホームページにてダウンロードできます。

2 令和9年度(2027年度)入園の内定通知

令和9年度(2027年度)の入園内定につきましては、令和8年(2026年)12月下旬に連絡いたします。

※草加市児童発達支援センターあおば学園は、令和7年度より指定管理者制度に移行しました。

参加申込み・問合せ：草加市児童発達支援センターあおば学園 入園担当

〒340-0002 草加市青柳6丁目61-1

電話 048-936-4972

FAX 048-930-0212

草加市児童発達支援センターあおば学園
入園相談会参加申込書

あおば学園 宛て

記入日 令和 年 月 日

申込者 父(自筆)

母(白筆)

ふりがな			令和 年 月 日
児童名	男・女	生年月日	(令和9年4月1日 現在： 歳)
住所	〒		
電話番号		携帯 電話番号	
相談会 参加予定日	第1希望日 月 日()		
	第2希望日 月 日()		
	第3希望日 月 日()		

【あおば学園への入園を希望する理由】

入園希望 クラス	知的	・ 肢体
令和9年度 就園希望	第一希望:	第二希望: 第三希望:

【**集団歴**】※児童発達支援もあれば記入してください。

時期	年 月(歳 力月) 年 月(歳 力月)	機関	
時期	年 月(歳 力月) 年 月(歳 力月)	機関	
時期	年 月(歳 力月) 年 月(歳 力月)	機関	

【家族状況】 ※同居している方全員分のご記入をお願いします。(令和9年4月1日 現在)

[illegible]

生育歴記入欄

生育歴	妊娠中	☐ 異常なし ☐ 高血圧症 ☐ 糖尿病 ☐ 肝炎 ☐ 心臓病 ☐ 甲状腺の病気 ☐ 精神疾患(心の病気) ☐ その他()
	出生期	在胎週数： 週 日 出生体重： g 特記事項：
	運動発達	首のすわり： 歳 か月 おすわり： 歳 か月 はいはい： 歳 か月 歩き始め： 歳 か月 歩行： ☐ 安定 ☐ 不安定
	言語発達	喃語： ☐ あり ☐ なし 発語： ☐ あり ☐ なし 言葉の消失： ☐ あり ☐ なし
	目と耳の発達	追視： ☐ あり ☐ なし 人を見ると笑う： ☐ あり ☐ なし 人見知り： ☐ あり ☐ なし 後追い： ☐ あり ☐ なし 声への反応： ☐ あり ☐ なし 音への反応： ☐ あり ☐ なし その他()
	4か月健診	☐ 異常なし ☐ 要観察 ☐ 要精検 ☐ その他()
	10か月健診	☐ 異常なし ☐ 要観察 ☐ 要精検 ☐ その他()
	1歳7か月健診	☐ 異常なし ☐ 要観察 ☐ 要精検 ☐ その他()
	3歳3か月健診	☐ 異常なし ☐ 要観察 ☐ 要精検 ☐ その他()
家庭での様子	好きな遊び	()
	食事について	気になること()
	睡眠について	気になること()
感情表現 について 教えてください	嬉しい時の様子(喜)	()
	怒った時の様子(怒)	()
	悲しい時の様子(哀)	()
	楽しい時の様子(楽)	()
相談したことがある場所	☐ 保健センター(パオパオ相談など) ☐ 子育て支援センター ☐ 病院(発達支援センター診療所含む) ☐ その他()	
かかりつけ 医療機関	① 医療機関名()	受診科目()
	② 医療機関名()	受診科目()
	③ 医療機関名()	受診科目()
服薬	☐ あり (薬品名： いつ： 朝・昼・夕・就寝前) ☐ なし ☐ あり (薬品名： いつ： 朝・昼・夕・就寝前) ☐ なし	
既往歴(病名)	()()	
検査歴	新版K式発達検査2020 / 田中ビネー知能検査 (時期： 年 月ごろ) / その他	
障害者手帳	身体障害者手帳： ☐ なし ☐ あり()/療育手帳： ☐ なし ☐ あり (A/A/B/C)	
その他	※特記事項や伝えたいこと等があれば、ご記入ください。(けいれん発作・強いこだわり・アレルギーなど)	

心身状況表も併せて記入の上、10月20日(火)(必着)までに
草加市児童発達支援センターあおば学園まで提出して下さい。

<見本> 草加市児童発達支援センターあおば学園
入園相談会参加申込書

あおば学園宛て

記入日令和 年 月 日

申込者 父(自筆)

母(自筆)

ふりがな	あおば りょうたろう			令和 年 月 日
児童名	青葉 良太郎	☒ 男 ☐ 女	生年月日	(令和9年4月1日 現在 : 歳)
住所	〒			
電話番号		携帯 電話番号	日中にご連絡がつく保護者の方の番号をご記入ください。	
相談会 参加予定日	第1希望日	月 日 ()		
	第2希望日	月 日 ()		
	第3希望日	月 日 ()	第3希望まで全て書いてください。	
【あおば学園への入園を希望する理由】				
(例)健診の時に勧められた。お話ができるようになってほしい。集団生活は難しいけれど、小集団で慣れてほしい。親だけの子育てでは難しいと感じた。食事や運動などの体の使い方が上手になってほしい。コミュニケーションがとれるようになって欲しい。				
入園希望 クラス	どちらかに丸を付けてください。知的 ・ 肢体			
令和9年度 就園希望	第一希望:あおば学園 第二希望:市立〇〇保育園 第三希望:児童発達支援			
【集団歴】※児童発達支援もあれば記入してください。				
時期	2024年4月(1歳 0カ月) ～ 2025年9月(2歳5カ月)	機関	(例)〇〇保育ルーム	
時期	2025年10月(2歳5カ月) ～ 2026年3月(2歳10カ月)	機関	(例)〇〇幼稚園 プレ	
時期	2026年 4月(2歳10カ月) ～ 年 月(歳 カ月)	機関	(例)児童デイサービスセンター 〇〇グループ	
【家族状況】 ※同居している方全員分のご記入をお願いします。(令和9年4月1日 現在)				
続柄	名前	年齢	職業等	健康
父	青葉 太郎	34	会社員	☒ 良好 <input "="" type="checkbox"/> 良好 <input checkbox"="" type="checkbox/>()</td></tr><tr><td>祖父</td><td>青葉 良</td><td>70</td><td>無職</td><td><input type="/> 良好 <input checkbox"="" checked="" type="checkbox/>(要介護2)</td></tr><tr><td>祖母</td><td>青葉 良子</td><td>66</td><td>専業主婦</td><td><input type="/> 良好 <input checkbox"="" checked="" type="checkbox/>(自律神経失調症)</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td><input type="/> 良好 <input checkbox"="" type="checkbox/>()</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td><input type="/> 良好

生育歴記入欄

生育歴	妊娠中	☐ 異常なし ☒ 高血圧症 ☐ 糖尿病 ☐ 肝炎 ☐ 心臓病 ☐ 甲状腺の病気 ☐ 精神疾患(心の病気) ☐ その他()
	出生期	在胎週数: <u>39</u> 週 <u>3</u> 日 出生体重: <u>2890</u> g 特記事項:
	運動発達	首のすわり: <u>0</u> 歳 <u>3</u> か月 おすわり: <u>0</u> 歳 <u>8</u> か月 はいはい: <u>1</u> 歳 <u>0</u> か月 歩き始め: <u>1</u> 歳 <u>9</u> か月 歩行: ☐ 安定 ☒ 不安定
	言語発達	喃語: ☒ あり ☐ なし 発語: ☐ あり ☒ なし 言葉の消失: ☒ あり ☐ なし
	目と耳の発達	追視: ☒ あり ☐ なし 人を見ると笑う: ☐ あり ☒ なし 人見知り: ☐ あり ☒ なし 後追い: ☒ あり ☐ なし 声への反応: ☐ あり ☒ なし 音への反応: ☒ あり ☐ なし その他()
	10か月健診	☒ 異常なし ☐ 要観察 ☐ 要精検 ☐ その他()
家庭での様子	好きな遊び	(電車や回転するおもちゃで一人で遊ぶことが好き。)
	食事について	気になること(よく噛んで食べられない。好き嫌いが激しい。)
	睡眠について	気になること(あまり寝ない日がある。寝付くのに時間がかかりよく泣く。)
感情表現について教えてください	嬉しい時の様子(喜)	(笑顔になったり、キャーという声を出したり、体を揺らしたりします。)
	怒った時の様子(怒)	(激しく泣いたり、のけぞったりします。)
	悲しい時の様子(哀)	(激しく泣いたり、物を投げたりします。)
	楽しい時の様子(楽)	(母が歌うのに合わせて体をゆらしています。)
相談したことがある場所	☐ 保健センター・パオパオ相談など ☒ 子育て支援センター ☐ 病院(発達支援センター診療所含む) ☒ その他(保育園の担任の先生に相談しました。)	
かかりつけ医療機関	① 医療機関名(〇〇医院)	受診科目(小児科)
	① 医療機関名(△△クリニック)	受診科目(アレルギー科)
	① 医療機関名(□□病院)	受診科目(耳鼻科)
服薬	☒ あり (薬品名: 抗てんかん薬 いつ: 朝・昼・タ・就寝前) ☐ なし	
	☒ あり (薬品名: ぜんそくの薬 いつ: 朝・昼・タ・就寝前) ☐ なし	
既往歴	(熱性けいれん 2026/6)(てんかん 2026/8)(遺伝子疾患 2023/5)	
検査歴	新版K式発達検査2020/田中ビネー知能検査(時期: 2025年6月ごろ) / その他	
障害者手帳	身体障害者手帳: ☐ なし ☒ あり(聴覚〇級 2024年)療育手帳: ☐ なし ☒ あり(A/A/B/C)	
その他	※特記事項や伝えたいこと等があれば、ご記入ください。(けいれん発作・強いこだわり・アレルギーなど) 知らない場所や人に対して、激しく泣くと泣き止むまでにかなり時間がかかります。家では足の装具をつけるよう医師から指示が出ています。電話連絡は母ではなく、父にお願いします。	

音をださなくなった。言えていた言葉が言えなくなったなど。

名前に反応しない、小さな音を気にする、耳をふさぐなど気になることを記入してください。

気になることや、伝えたい事があれば、ご記入ください。

心身状況表(知的クラス)

お子様について当てはまるもの全てに○をつけてください

氏名

記入日： 令和 年 月 日

＜備考＞

食事	全介助	手づかみ	スプーン・フォークを使って食べようとする	介助なく食べることができる		
睡眠	寝付けない	夜泣きが多い	起床・就寝時間が定まらない	夜中に何度も起きてしまう	よく眠れている	
排泄	紙パンツ	トイレに連れて行き、練習中	報告または予告できる	トイレで排泄できるが後始末が不十分	自立	
衣服着脱	全介助	手伝えば脱げる	手伝えば着られる	脱着できるが前後等は不十分	靴も服も自分で脱着できる	
医療的ケア	あり	なし	※詳細項目を記載			
運動	歩く(不安定さあり)	歩く	走る	両足ジャンプ		
理解	相手が指差した方向を見ない	相手が指差した方向を見る	ジェスチャー・絵カードによる指示理解あり	ことばによる指示理解あり	日常生活のたいたいのことはわかる	
言葉	発声のみ	意味のある言葉を言う	2語文以上の文を言う			
表現	なし	泣く	大人を引っ張る	指差して伝える	言葉で伝える	
対人	人への興味なし	人への興味あり				
視線	全く合わない	合いづらい	よく合う			
順番	待てない	待てる				
日常行動危険回避	自分のからだを傷つけることがある	他の人を傷つけることがある	急な飛び出しがある	高いところや危険な場所を好む	特になし	
その他介助を要する事柄						
うれしい時の表現						
困った時の様子						
感覚	・音・においなどの刺激に対して 【 鈍感 普通 過剰に反応するものがある (例:) 】 ・転んだとき 【 泣く 泣かない 】 【 痛がる 痛がらない 】 ・服や靴の着脱 【 嫌がらない 嫌がる (例:) 】 ・偏食(食べ物・飲み物) 【 ない ある(例:) 】					
好きな遊び						
その他						

心身状況表(肢体不自由クラス)

お子様について当てはまるもの全てに○をつけてください

氏名

記入日： 令和 年 月 日

<備考>

寝返り	不可	あお向けからうつ伏せのみ	寝返り返り			
起き上がり	不可	部分的な支援が必要	見守りが必要	支援不要		
座位	不可	後ろから支えれば可	補助不要だが不安定	安定		
立位	不可	つかまり立ち	つかまり立ちから自立可能	物につかまらず自立可能		
移乗	不可	部分的な支援が必要	見守りが必要	支援不要		
移動	不可	寝返りで移動	ずりばい	ハイハイ	つたい歩き	
装具・義肢	室内・屋外共に着用	室内のみ着用	屋外のみ着用	未着用		
衣服着脱	全介助	手伝えば脱げる	手伝えば着られる	脱着できるが前後等は不十分	靴も服も自分で着脱できる	
食事	全介助	手づかみ	スプーン・フォークを使って食べようとする	介助なく食べることができる		
食事形態	流動食	ミキサー食	きざみ食	普通食		
えん下	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援不要			
医療的ケア	あり	なし	※詳細項目を記載			
睡眠	寝付けない	夜泣きが多い	起床・就寝時間が定まらない	夜中に何度も起きてしまう	よく眠れている	
排泄	紙パンツ	トイレに連れて行き、練習中	報告または予告できる	トイレで排泄できるが後始末が不十分	自立	
理解	相手が指差した方向を見ない	相手が指差した方向を見る	ジェスチャー・絵カードによる指示理解あり	ことばによる指示理解あり	日常生活のだいたいのことはわかる	
言葉	発声のみ	意味のある言葉を使う	2語文以上の文を使う			
表現	なし	泣く	大人を引っ張る	指差して伝える	言葉で伝える	
対人	人への興味なし	人への興味あり				
視線	全く合わない	合いづらい	よく合う			

心身状況表(肢体不自由クラス)

順番	待てない	待てる				
日常行動危険回避	自分のからだを傷つけることがある	他の人を傷つけることがある	高いところや危険な場所を好む	支援不要		
その他 介助を要する事柄						
うれしい時の表現						
困った時の様子						
感覚	・音・においなどの刺激に対して 【 鈍感 普通 過剰に反応するものがある（例： ）】 ・転んだとき 【 泣く 泣かない 】 【 痛がる 痛がらない 】 ・服や靴の着脱 【 嫌がらない 嫌がる （例： ）】 ・偏食(食べ物・飲み物) 【 ない ある(例：)】					
好きな遊び						
その他						

診 断 書

住 所

氏 名

様

生年月日

生

診断名

診断基準

※基準に当てはまる項目を全て診断書に記載をお願いします。

要配慮事項（必要な場合、記載をお願いします。）

※集団活動において特に配慮すべき事項について記載をお願いします。

上記のとおり診断いたします

令和 年 月 日

医療機関

医師名

印

診 断 基 準

区分		程 度
知的発達	A	1 知的発達の遅滞があり、他人との意思疎通が困難で日常生活全般に渡り援助を必要とする。
		2 知的発達の遅滞があり、上記に掲げる程度ではないが、集団生活への適応に援助を必要とする。
		3 上記1又は2の程度に達しない知的発達の遅滞がある。
肢体不自由	B	1 肢体不自由の状態が自力での移動を含め、日常生活動作が困難(不可能)である。(寝たきり)
		2 肢体不自由はあるが、装具の使用と援助により、移動及び日常生活動作が可能である。
		3 肢体不自由はあるが、装具の使用により、移動及び日常生活動作が可能である。
		4 上記1～3の程度に達しない軽度の肢体不自由がある。
		※本項目に該当する際は、別紙「肢体不自由の状況及び所見」も併せて記載をお願いします。
言語発達	C	1 言葉の遅れがあり、年齢相応のコミュニケーションが困難である。
		2 上記1の程度ではないが、言葉の遅れがある。
		3 口蓋裂等器質的又は機能的な構音障がいがある。
情緒	D	1 自閉的傾向等により、対人関係を始めた集団生活に全面的な援助を必要とする。
		2 上記1の程度ではないが、対人関係を始めた集団生活に一部援助を必要とする。
行動	E	1 突発的な行動により、常時目を離すことが出来ない。
		2 上記1の程度ではないが、見守り等の援助を必要とする。
疾患	F	1 内部疾患のため、日常生活全般に渡り支援が必要である。
		2 上記1の程度ではないが、見守り等の援助を必要とする。
医療	G	1 常時、医療的ケアが必要である。

あおば学園入園にあたり必要となりますので、診断名の他、上記基準に当てはまる項目を全て診断書に記載をお願いします。
※診断書には「A-1」等の記載をお願いします。

肢体不自由の状況及び所見

神経学的所見その他の機能障害（形態異常）の所見（該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見記入）

- 1 感覚障害（下記図示）：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
- 2 運動障害（下記図示）：なし・弛緩性まひ・痙性まひ・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他
- 3 起因部位：脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他
- 4 排尿・排便機能障害：なし・あり
- 5 形態異常：なし・脳・脊髄・四肢・その他

参考図示



（注） 関係ない部分は記入不要

- 6 歩行能力の程度（ m）
- 7 起 立 位（ 分）
- 8 座 位（ 可 ・ 不可 ）

1. 入園を申込する児童

利用施設名	草加市児童発達支援センター あおば学園		
児童氏名	(男 ・ 女)		
生年月日	令和	年	月 日 (歳)
住所	〒		
電話番号		緊急連絡先 (続柄)	()

該当する項目の□に✓を付け、補足事項等があれば（ ）内に記入してください（複数可）。

☐ 上肢機能障害	(	)
☐ 下肢機能障害	(	)
☐ 上下肢機能障害	(	)
☐ 体幹に関する機能障害	(	)
☐ その他	(	)

予想される緊急時の状態	主な対応 (緊急搬送先：医療機関名・住所・電話番号 等)

5. 薬事情報を提出してください。（コピーしてお返しします）

また、受入の検討を行う際、提出した書類等の情報を関係機関で共有されることに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名： 印

肢体不自由児 主治医意見書

主治医の先生へ

草加市児童発達支援センターあおば学園では、心身に障害や疾病、発達に遅れがある児童を対象に小集団での療育を実施しています。

今回ご記入いただく【主治医意見書】は、申込児童において、あおば学園での集団生活が可能かどうかや、どの程度の支援が必要かを知るための資料とさせていただきます。また、お伺いしたい点について、ご連絡差し上げる可能性がございます。ご多用とは存じますが、対応くださいますようお願い申し上げます。

【問合せ】

草加市 児童発達支援センターあおば学園

電話：048-936-4972

【保護者記入】

施設名称	草加市児童発達支援センターあおば学園		
児童氏名		生年月日	令和 年 月 日 (歳)
保護者氏名		住 所	草加市

【主治医記入】

○診断名（については①に記入）

（障害の直接の原因となっている傷病名）

① (発症年月日： 年 月 日)

② (発症年月日： 年 月 日)

○主症状、現在までの大まかな臨床経過や治療内容、特記事項などをご記入ください。

※服薬： ☐ あり () ☐ なし

定期受診 ☐ あり (月 ・ 週) ☐ なし

定期リハビリ ☐ あり (月 ・ 週) ☐ なし

○予想される緊急時の状況及び対応（緊急搬送の目安など）

裏面もご記入ください。

【主治医記入】

○児童の身体の状態について、該当するものに✓と必要事項を記入してください。

□ 麻痺

□ 右上肢（程度：□ 軽 □ 中 □ 重） □ 左上肢（程度：□ 軽 □ 中 □ 重）

□ 右下肢（程度：□ 軽 □ 中 □ 重） □ 左下肢（程度：□ 軽 □ 中 □ 重）

□ その他（部位： _____ 程度：□ 軽 □ 中 □ 重）

□ 四肢欠損 （部位： _____ ）

□ 筋力の低下 （部位： _____ 程度：□ 軽 □ 中 □ 重）

過去 6 か月の症状の変動：□ 改善 □ 維持 □ 増悪 ）

□ 失調・不随意運動

□ 右上肢（程度：□ 軽 □ 中 □ 重） □ 左上肢（程度：□ 軽 □ 中 □ 重）

□ 右下肢（程度：□ 軽 □ 中 □ 重） □ 左下肢（程度：□ 軽 □ 中 □ 重）

□ 体幹（程度：□ 軽 □ 中 □ 重）

□ その他（部位： _____ 程度：□ 軽 □ 中 □ 重）

□ 褥瘡 （部位： _____ 程度：□ 軽 □ 中 □ 重）

○集団療育で生活することについて

□ 望ましい □ 望ましくない

理由： _____

○小集団での療育における注意・配慮事項などについて、該当する項目に✓、記入してください。

□ 健康状態についての配慮

□ 食事についての制限や配慮

3 ページ目もご記入ください。

【主治医記入】

(続：小集団での療育における注意・配慮事項などについて)

☐ 排泄についての配慮

☐ 睡眠についての配慮

☐ 運動（屋外での活動を含む）についての制限や配慮

☐ その他（特記事項など）

記載日 令和 年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

医師名

印

医療的ケア実施申込書

1. 医療的ケアの実施を申込する児童

利用施設名	草加市児童発達支援センター あおば学園		
児童氏名	(男 ・ 女)		
生年月日	令和 年 月 日	(歳)	
住所	〒		
電話番号		緊急連絡先 (続柄)	()

2. 施設に依頼する医療的ケアの内容及び方法

依頼する項目の□に✓を付け、()内にその内容や方法を記入してください。

☐ 口腔内のたん吸引	()
☐ 鼻腔内のたん吸引	()
☐ 気管カニューレ内のたん吸引	()
☐ 胃ろう・腸ろうによる経管栄養	()
☐ 経鼻 経管栄養	()
☐ 導尿	()
☐ 薬剤の吸入	()
☐ その他	()

3. 予想される緊急時の対応についてご記入ください。

予想される緊急時の状態	主な対応 (緊急搬送先：医療機関名・住所・電話番号 等)

4. 【別紙：様式 2 - 2】の医療的ケア児主治医意見書とあわせて提出してください。

5. 薬事 情報を提出してください。(コピーしてお返しします)

草加市児童発達支援センター あおば学園 管理者 松本 美由紀 宛

上記の医療的ケアについて、施設での実施を依頼します。

また、受け入れの検討を行う際、提出した医療的ケアに関する書類等の情報を関係機関で共有されることに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名： 印

医療的ケア児 主治医意見書

主治医の先生へ

草加市児童発達支援センターあおば学園では、心身に障害や疾病、発達に遅れがある児童を対象に小集団での療育を実施しています。

今回ご記入いただく【主治医意見書】は、申込児童において、あおば学園での集団生活が可能かどうかや、どの程度の支援が必要かを知らずの資料とさせていただきます。また、お伺いしたい点について、ご連絡差し上げる可能性がございます。ご多用とは存じますが、対応くださいますようお願い申し上げます。

なお、医療的ケアの対象となった場合、必要な児童に対しては看護師等が医療的ケアを行うことを基本といたします。

【問合せ】

草加市 児童発達支援センターあおば学園

電話：048-936-4972

【保護者記入】

施設名称	草加市 児童発達支援センターあおば学園		
児童氏名		生年月日	令和 年 月 日 (歳)
保護者氏名		住所	草加市

【主治医記入】

診断（基礎疾患）名	(初診日：)
○主症状、現在までの大まかな臨床経過や治療内容、特記事項などをご記入ください。	
○服薬： ☐ あり () ☐ なし	
定期受診	☐ あり (月・週) ☐ なし
○予想される緊急時の状況及び対応（緊急搬送の目安など）	

裏面もご記入ください。

【主治医記入】

○必要な医療的ケアの項目に✓と詳細をご記入ください。

- | | | |
|---|------|-------|
| ☐ 口腔内のたん吸引 | (|) |
| ☐ 鼻腔内のたん吸引 | (|) |
| ☐ 気管カニューレ内のたん吸引 | (|) |
| ☐ 胃ろう・腸ろうによる経管栄養 | (水分： | 栄養剤：) |
| ☐ 経鼻 経管栄養 | (水分： | 栄養剤：) |
| ☐ 導尿 | (|) |
| ☐ 薬剤の吸入 | (|) |
| ☐ その他 | (|) |

今後の治療方針

○集団療育で生活することについて

- ☐ 望ましい ☐ 望ましくない

理由：

○小集団での療育における注意・配慮事項など

- | | | |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| ①健康状態についての配慮 | ☐ 必要 (|) ☐ 不要 |
| ②食事についての制限や配慮 | ☐ 必要 (|) ☐ 不要 |
| ③排泄についての配慮 | ☐ 必要 (|) ☐ 不要 |
| ④睡眠についての配慮 | ☐ 必要 (|) ☐ 不要 |
| ⑤運動（屋外での活動を含む）
についての制限や配慮 | ☐ 必要 (|) ☐ 不要 |
| ⑥その他（特記事項など） | (|) |

記載日 令和 年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

医師名

印