

【保育所等用】

医療的ケア児を受け入れている学校・保育園等看護師への  
支援看護師派遣依頼票

横浜在宅看護協議会 御中

下記のとおり、支援看護師の派遣を依頼します。 令和 年 月 日

依頼者	施設名	□認可保育所 □その他( )	
	所在地	横浜市 区	
	連絡先	電話: メール: 連絡調整担当者	
	看護師名	e-ニング受講 □あり □なし	
	派遣に対する園長同意	同意 □あり □調整中 □なし 氏名	
医ケアの状況	現在施設内で実施している医ケア	□喀痰吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部) □経管栄養(経鼻、胃ろう、腸ろう) □導尿(看護師の技術指導を必要とする自己導尿を含む) □インシュリン自己注射、血糖測定等 □人工呼吸器 □その他( )	
派遣依頼内容	派遣依頼事項(具体的に)	【相談・支援を依頼したい内容】  【派遣を希望する曜日・時間帯など】※派遣時間は90分以内	
	依頼内容に関する対象児の状況(個別に関するものでない場合は記入不要)	年齢・性別	年齢( 歳) 性別(男・女)
		診断名	
		医ケアの状況	
		訪問看護ステーション	□利用あり(名称: ) ※利用されている訪問事業所に支援看護師が在籍している場合は利用事業所から支援看護師を派遣予定です。 □利用なし
	保護者同意	□あり □なし	
(保育園に令和4年9月1日以降入園の場合) 区福祉保健センターとの調整状況 (横浜市医療的ケア児保育教育検討会議)		□済 □未	
横浜型医療的ケア児者等コーディネーター	現在またはこれまでに相談をしたことがありますか	□あり □なし	
	今回の派遣についての情報共有	□可 □不可	

【送付先】 一般社団法人横浜在宅看護協議会 F A X : 045-330-6439 メール : jim@yans-net.com