**医療的ケア実施計画**

作成日　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 作成者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 児童氏名 | | 生年月日  　　　年　　　月　　　日 |
| 実施期間 | 年　　月　　日 ～ 　　　　年　　月　　日 | |
| 実施時間  実施場所  実施条件 | | |
| 必要な器具・物品 | | |
| 実施手順（準備・実施・後片付けなど） | | 留意事項 |
| ： | （例）登園  クラスにて健康観察表を確認  健康状態等について保護者から聞き取り  児の視診等を行う |  |
| ： |  |  |
| ： |  |  |
| ： |  |  |
| ： |  |  |
| ： |  |  |
| ： |  |  |
| ： |  |  |
| ： |  |  |
| ： |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 評価反省 |  |
| 課題等 |  |

※医療的ケア実施計画書は、医療的ケアの内容や児童の状態に変化がなくても、期ごとに計画を立案し評価する。

※この様式によりがたい場合には、この様式に準じた別の様式を使用することができる