

様式第 1 号（第 6 条関係）

豊橋市障害児看護支援事業利用申請書

年 月 日

豊橋市長 様

申請者 住所  
氏名

豊橋市障害児看護支援事業実施要綱第 6 条第 1 項の規定に基づき、利用のため添付書類を添えて下記のとおり申請します。

保 護 者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ 児童・生徒氏名			生年月日	年 月 日
通 園 (学) 先	名称			
	所在地	電話番号		
実 施 機 関	名称			
	所在地	電話番号		
主 治 医	医療機関名			
	医師氏名			
	所在地	電話番号		

- 添付書類： 1 児童の主治医が作成した訪問看護指示書（様式第 2 号）の写し  
2 豊橋市障害児看護支援事業実施承諾書（様式第 3 号）  
3 保育園等における訪問看護実施受入書（様式第 4 号）  
4 児童状況書（様式第 5 号）

## 様式第2号（第6条関係）

## 訪問看護指示書

訪問看護指示期間 ( 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名		生年月日		年 月 日 ( 歳 )	
患者住所					
主たる傷病名					
合併症					
経 過		必要に応じて別紙添付してください。			
現在の状況	症状・治療状態				
	投与中の薬剤 の用法・用量	1. 2. 3. 4. 5. 6.			
装着・使用 医療機器等 (該当番号 に○印)	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 ( ℓ/min ) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻:チューブサイズ 日に1回交 換) 8. 留置カテーテル (部位: サイズ 日に1回交 換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式:設定 ) 10. 気管カニューレ (サイズ ) 11. ドレーン (部位: ) 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. その他 ( )				
	保育園、学校等で必要な 医療的ケアの内容 (該当 番号に○印)				
留意事項及び指示事項		1. 導尿 ( <input type="checkbox"/> 自己導尿の補助・援助 <input type="checkbox"/> 導尿 _____ 時間毎 ) 2. インスリン注射 3. その他 ( )			
I 医療行為及び保育園、学校生活での留意事項					
緊急時の連絡先: 不在時の対応法:					
特記すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等があれば記載して下さい。)					

上記のとおり、保育園・学校等への訪問看護の実施を指示いたします。 年 月 日

医療機関名

住所

電話・FAX

医師氏名

指定訪問看護ステーション

殿

様式第3号（第6条関係）

豊橋市障害児看護支援事業実施承諾書

年 月 日

豊橋市長 様

機関の所在地

機関の名称

代表者職氏名

下記の者の保育園等における訪問看護の実施において承諾します。

記

児童・生徒氏名		
実施施設	名 称	
	所在地	電話番号

【実施に係る取り決め事項】

- 1 実施施設で行う医療的ケアは、児童・生徒の主治医が作成した訪問看護指示書（様式第2号）によること。
- 2 実施機関は、必要に応じて主治医宛てに児童の状況等を報告すること。

様式第 4 号（第 6 条関係）

保育園等における訪問看護実施受入書

年 月 日

豊橋市長 様

所在地

名 称

代表者職氏名

豊橋市障害児看護支援事業に基づき実施される訪問看護が、下記の在園（学）  
児童・生徒に対して当園（校）において実施されることを受入れます。

記

施 設 名		
児 童 ・ 生 徒	氏 名	
	生年月日	
	住 所	電話番号

【保育園等の開所日を確認するため、年間行事予定表を添付してください。】

## 児童状況書

年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_

児童・生徒氏名				記載年月日	年 月 日
生年月日	年 月 日	年齢	歳	続 柄	
1 医 療 的 ケ ア の 状 況	(1) 傷病について 傷病名： 医療機関名： 主治医名：				
	(2) どのような医療的ケアが必要ですか。 導尿：ア 両便失禁があるが、導尿は不要 イ 両便失禁があり、定時の導尿が必要 ウ 両便失禁があり、複数回の導尿や人工肛門のパウチ交換等が必要 エ その他（ ） 経管栄養：ア 経管栄養が必要 イ 経口摂取が可能だが、食事の一部介助が必要 ウ 経口摂取が可能だが、食事は全面介助が必要 エ その他（ ） インスリン注射：ア 血糖値の測定とインスリン注射が必要 イ 血糖値の測定は必要だが、インスリン注射は不要 ウ インスリン注射のみ必要 その他：				
	(3) 家庭での医療的ケアの状況 ア 主にケアを行っている人： (続柄： ) イ 頻度：1日 回程度 ウ 家庭で医療的ケアを開始した時期： 年 月から				
2 健 康 状 態	(1) その他に、現在通院加療中の病気がありますか： はい ・ いいえ 「はい」の場合 病名： 医療機関名： (2) これまでに入院したことがありますか： はい ・ いいえ 「はい」の場合 病名： 医療機関名： 入院期間（直近の入院）： 年 月 日 から 年 月 日				

裏面あり



豊橋市長 

年 月 日付けの申請について、豊橋市障害児看護支援事業実施要綱第6条第2項の規定に基づき、次のとおり決定することとしましたので通知します。

保護者氏名	
住所	
児童・生徒氏名	年 月 日生
審査結果	可 ・ 不可
利用期間	
利用場所	

- (1) 医療的ケアに要する医療器具、消耗品等を保育園等に提供してください。
- (2) 健康状態その他医療的ケアの実施に関し必要な情報を保育園等に提供してください。
- (3) 保育園等と訪問看護ステーション等、家族及び主治医との連絡体制を整備してください。
- (4) 主治医から医療的ケアの中止又は終了の指示があったときは、医療的ケアを中止し、又は終了します。
- (5) 当該児童の体調不良その他医療的ケアを行うことが困難であると認めるときは、医療的ケアを中止することがあります。
- (6) 保育園等での医療的ケアに起因すると断定できない二次的な病気等が生じた場合、その責任は負いかねます。

様式第 7 号（第 6 条関係）

\_\_\_\_\_長 様

豊橋市障害児看護支援事業実施依頼書

児童・生徒氏名\_\_\_\_\_

	医療行為内容	実施内容	留意事項
記入例	導尿	陰部を消毒し、導尿カテーテルを挿入します。尿の流出が確認できたら、後端部を尿器に垂らし排尿させます。日中 1 回、保健室等で実施します。	・プライバシーが守られるよう配慮してください。 ・暖かい環境で実施できるよう、温度管理が可能な部屋を提供してください。
依頼内容			

上記のとおり、保育園等での処置の実施について、下記事項に承諾の上、依頼します。

年 月 日 保護者氏名\_\_\_\_\_

< 豊橋市障害児看護支援事業実施の条件 >

- （１）医療的ケアに要する医療器具、消耗品等を保育園等に提供します。
- （２）健康状態その他医療的ケアの実施に関し必要な情報を保育園等に提供します。
- （３）保育園等と訪問看護ステーション等、家族及び主治医との連絡体制を整備します。
- （４）主治医から医療的ケアの中止又は終了の指示があったときは、医療的ケアを中止し、又は終了します。
- （５）当該児童の体調不良その他医療的ケアを行うことが困難であると認めるときは、医療的ケアを中止します。
- （６）保育園等での医療的ケアに起因すると断定できない二次的な病気等が生じた場合、その責任は問いません。
- （７）登園・登校中に実施する医療的ケアや児童・生徒の身体状況の変化等に関して、当該児童・生徒に係る医療機関及び訪問看護ステーション並びに行政機関間での情報提供について同意します。



様式第 8 号（第 7 条関係）

豊橋市障害児看護支援事業利用変更届出書

年 月 日

豊橋市長 様

申請者 住所  
氏名

年 月 日付けで決定を受けた豊橋市障害児看護支援事業について、  
決定の内容に変更がありましたので、次のとおり届け出ます。

保 護 者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ 児童・生徒氏名			生年月日	年 月 日
変更事項		変更前	変更後	
住所等				
利用者の心身の 状況				
利用内容の変更				
世帯状況の変更				
その他				

様式第9号（第7条関係）

〇〇豊障第 号  
年 月 日

様

豊橋市長 

## 豊橋市障害児看護支援事業利用変更決定通知書

年 月 日付けの変更届出書について、豊橋市障害児看護支援事業実施要綱第7条第2項の規定に基づき、次のとおり変更決定することとしましたので通知します。

保護者氏名	
住所	
児童・生徒氏名	年 月 日生
変更理由	
利用期間	
利用場所	

様式第10号（第9条関係）

〇〇豐障第 号  
年 月 日

様

豊橋市長 

豊橋市障害児看護支援事業利用中止（取消）決定通知書

豊橋市障害児看護支援事業について、次のとおり利用を（中止した・取り消した）ので通知します。

保護者氏名	
住所	
児童・生徒氏名	年 月 日生
中止又は取り消しを行った理由	

様式第11号（第10条関係）

豊橋市障害児看護支援事業利用報告書

サービス提供 開始年月日		事業所名 (連絡先)	( )
利用者氏名		医療的ケア	

障害児看護支援事業に関する支援時間

No.	実施日	開始時間	終了時間	提供時間(分)	基準額	交通費
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						

費用	回数	小計
訪問看護基本・管理療養費 (30分未満)	回	円
訪問看護基本・管理療養費 (30分以上90分以内)	回	円
交通費	回	円
訪問看護情報提供療養費	回	円
消費税及び地方消費税	税率	円
	10 %	

請求金額	円
------	---