

記入者	続柄( )		記入年月日	令和	年	月	日
フリガナ 生徒名			フリガナ 保護者名				
性別	生年月日	相談時					
	平成 年 月 日	歳					
居住区	大阪市 区 在住		在籍校	区 学校			
療育手帳	あり なし	A B1 B2	身障者手帳	あり なし	種 級		
			その他手帳	あり なし			
診断名							
健康の状態	※現在通院、加療している疾病や、活動の制限等、その他お身体のことでお伝えおきたいことをご記入ください。						
アレルギー	食物	あり なし	食物以外	あり	なし		
医療的ケア	※「医療的ケアの確認」(別紙③)をもとに、学校で行っている医療的ケアがあれば、ご記入ください。						
	医ケアの内容						
	ケアの時間帯や頻度						
	ケアに必要な器具など						
生徒の様子	※身辺自立についてや日頃のご家庭での様子、好きなこと、などご記入ください。						
通学方法 (予定) ○を付けて ください。	自主通学	交通経路	自宅	→	→	本校	
	保護者の 同伴介助通学		通学所要時間 分				
	通学バス乗車						
現時点の 進学先の希望	本校への進学しか考えていない。						
	他校への受験、進学と併せて本校への進学を検討している。						
	現時点で希望する 順に番号をつ けてください。	本校(難波支援学校)					
		府立高等支援学校[ 高等支援学校]					
		高等学校 知的障がい生徒自立支援コース[ 高等学校]					
		高等学校 共生推進教室[ 高等学校]					
		高等専修学校[ 高等専修学校]					
		大阪教育大学附属特別支援学校					
未定							
その他							
〈その他、 何かございましたら ご記入ください〉							

# 医療的ケアの確認（教育相談資料）

下記の表に記載のある医療的ケアで日常的に（学校外で行なうケアを含む）実施する項目はありますか？

【表3-1】

府立支援学校で実施している医療的ケア（文部科学省調査の項目となっているもの）		実施者	
項目	内容	認定特定行為業務従事者（教員等）	看護師
栄養	経管栄養（鼻注）	本校では、教員によるケアの実施は行いません。	○
	経管栄養（胃ろう）		○
	経管栄養（腸ろう）		○
	経管栄養（口腔ネラトン法）		○
	IVH中心静脈栄養		○
呼吸	口腔・鼻腔内吸引（咽頭より手前まで）		○
	口腔・鼻腔内吸引（咽頭より奥の気道）		○
	気管切開部（気管カニューレ内）からの吸引		○
	気管切開部（気管カニューレ奥）からの吸引		○
	経鼻咽頭エアウェイ内吸引		○
	気管切開部の衛生管理		○
	吸入薬の吸入		○
	酸素療法		○
	人工呼吸器の使用（含バイパップ・シーパップ）	○	
カフアシスト	○		
排泄	導尿（本人が自ら行う導尿を除く）	○	
	浣腸（*種類は保健室に確認）	○	

【表3-2】 \*看護師による対応を原則とする（ただし、個々の児童生徒等の状態により判断するもの）

府立支援学校で実施している医療的ケア（文部科学省調査の項目となっていないもの）	
項目	内容
その他	血糖値測定・インスリン注射
	インスリンの投与の準備・片付け
	ストマ管理・人工肛門のケア・ストマパウチ交換・ストマからのガス抜き
	パーカッション（治療用人工呼吸器）
	摘便
	ナイトバルーンの管理
	口腔内持続吸引の管理
	血糖値測定及びインスリン注射の見守り（容態の確認を行う）
	人工肛門内への坐薬挿入（痙攣発作時）
	持続注入ポンプの管理
	排ガスブジー
	蘇生バッグでの呼吸補助（蘇生バッグを使用した呼吸リハビリテーション）
	腹膜透析衛生管理
	胃ろう部の衛生管理
	トイレティング（気管洗浄）
	ペースメーカー管理
	脂肪乳剤静脈投与（イントラ点滴）
	永久気管孔からの吸引
	脱肛への対応
	ネイザルハイフロー
	乳糖値測定
	鼻咽頭エアウェイの管理
	胃ろう部からの脱気
	迷走神経刺激装置の作動等の措置
	泡水クロール注腸剤の投与(エスケ®注腸用キットの使用)

※上記記載のケア以外で、ご家庭で行なっている医療的なケアがあれば教育相談資料にご記入ください。但し校内で実施できない場合もございます。ご了承ください。