

訪問看護等事業者との確認書

医療的ケア児通学支援事業にかかり、医療的ケア児本人またはその保護者と

本人または保護者氏名	
住所	

訪問看護等事業者

事業者名	
住所	
電話番号	(担当者：)

は、以下のことを確認しました。 年 月 日

記

番号	確認事項	該当に○
1	訪問看護等事業者は、群馬県立学校医療的ケア「主治医指示書」に記載の医療的ケアを車両内で実施できる。	できる できない
2	訪問看護等事業者は、群馬県立学校医療的ケア「主治医指示書」に基づき個別医療的ケア計画を作成できる。	できる できない
3	訪問看護等事業者は、群馬県立学校医療的ケア「主治医指示書」に基づき緊急時マニュアルを作成できる。	できる できない
4	訪問看護等事業者は、学校が求める会議に参加できる。	できる できない
5	訪問看護等事業者は、乗車時から降車時までの医療的ケア児の健康状態等を日報に記載することができる。	できる できない
6	訪問看護等事業者は、その他、学校が求める書類の作成ができる。（過剰な要求であると訪問看護等事業者が判断する書類については、その都度、学校と協議するものとする。）	できる できない
7	訪問看護等事業者は、医療的ケア児と看護師を輸送するための車両を有している。	ある ない
8	看護師の駐車場は必要かどうか。 （駐車場が必要な場合の登校時駐車場 （近隣有料駐車場の場合、その費用は保護者負担。 下校時は学校指定場所。）	必要 不必要 駐車場 医療的ケア児宅敷地内 その他（ ）
9	その他 ・医療的ケア実施場所は、上記住所と通学先（県立 学校）間の車内です（次ページ参照）。 ・保護者等が、日時と集合場所を伝え、予約します。 ・契約は事業者と学校間で締結します。 ・（ ）	

通学経路と経路上の医療的ケア実施可能駐停車場所（略地図などで記載）

医療的ケア児輸送時の姿勢等（車椅子と車両の固定以外で、姿勢保持や医療的ケア実施等で必要な事項について必要に応じて写真等貼付）

※ 様式に収まらない事項等、必要に応じて、別紙資料を添付すること。