

児童の受け入れ可否に係る相談記録票
(居宅訪問型保育事業)

年 月 日

事業所名:

面接担当名:

受け入れ可否及び面接内容は以下のとおりです。

受け入れの可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
児童氏名		生年月日	
児童の状況			
診断名			
必要な医療的ケア			
居宅における生活状況			
保護者の方に関すること			
<input type="checkbox"/>	円滑な連絡調整にご協力いただけること		
<input type="checkbox"/>	保育中のご連絡が可能であること		
<input type="checkbox"/>	1歳未満のお子さんの場合、家庭内に喫煙者がいないこと		
お子さんに関すること			
<input type="checkbox"/>	医師から保護者不在での保育が難しいと判断されていないこと		
<input type="checkbox"/>	1人の保育者で全ての医療的ケアが完了できること		
<input type="checkbox"/>	自傷行為がないこと		
<input type="checkbox"/>	保育者にけがを負わせるような行為や物を壊すなど攻撃的な行為がないこと		
保育環境に関すること			
<input type="checkbox"/>	安全な保育のための衛生環境が保たれていること		
<input type="checkbox"/>	保育を行うための十分なスペースが確保されていること		

保護者記載欄

面接結果および受け入れ可否の判断について、事業者より説明を受けました。

面接結果および受け入れ可否の判断について、青葉区保育給付課および幼保企画課へ
情報提供を行うことに同意します。

保護者氏名:

保護者住所:

電話番号: