

## 医療的ケア実施申込書

|                            |  |        |        |   |          |           |
|----------------------------|--|--------|--------|---|----------|-----------|
| 児童名<br><small>ふりがな</small> |  | 男<br>女 | 年<br>齢 | 歳 | 生年<br>月日 | 年<br>月 日生 |
| 児童の住所                      |  |        |        |   |          |           |
| 電話番号<br>(携帯電話番号)           |  |        |        |   |          |           |

## 実施を申し込む医療的ケアの内容（保護者記入）

必要な医療的ケアの項目に✓をつけ、（ ）内の該当する項目に○または記入をしてください。

|          |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 必要な医療的ケア | <input type="checkbox"/> 経管栄養 （ 鼻腔経管栄養 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ）<br><input type="checkbox"/> 吸引 （ 口 ・ 鼻 ・ 気管カニューレ内 ）<br><input type="checkbox"/> 酸素療法<br><input type="checkbox"/> 導尿 ・ 自己導尿 （ 一部要介助 ・ 完全要介助 ）<br><input type="checkbox"/> その他 （ ）※吸入、インスリン注入等 |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 予想される緊急時の対応（保護者記入）

該当する項目に必要な事項を記入ください。

| 必要な<br>医療的ケア | 予想される緊急時の状態 | 対応・緊急搬送先 |
|--------------|-------------|----------|
| 経管栄養         |             |          |
| 吸引           |             |          |
| 酸素療法         |             |          |
| 導尿           |             |          |
| その他          |             |          |

上記の医療的ケアについて、保育施設等での実施を申し込みます。

尚、受入れの検討を行う際、関係機関での必要書類の複写等を行い情報共有が行われること、また、主治医や保健センター等から、児童の意見聴取を行うことについて同意します。

保護者氏名 \_\_\_\_\_