

(様式第1号)

年 月 日

(宛先) 新居浜市福祉事務所長

保護者 住 所
氏 名

医療的ケア実施申込書

次のとおり保育施設等での医療的ケアの実施について申し込みます。

なお、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、主治医や発達相談所等から児童の意見聴取を行うことについて同意します。

ふりがな 児 童 名	生年 月 日	年 月 日	年 齢	歳	性 別
電話番号	緊急連絡先 [続柄] [氏名] (☎)				

1 実施を申し込む医療的ケアの内容 (保護者が記入)

必要な医療的ケアの□に✓をつけ、()内の該当する項目に○を記入してください。

必要な医療的ケア	<input type="checkbox"/> たん吸引 (口 ・ 鼻 ・ 気管カニューレ内) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう ・ 腸ろう ・ 経鼻経管栄養) <input type="checkbox"/> その他 ()
----------	--

2 ケアの方法及び緊急時の対応

医療的ケア	ケアの方法	緊急時の対応
たん吸引		
経管栄養		
その他		

※その他の欄が不足した場合は、裏面に記入してください。

裏面

医療的ケア	ケアの方法	緊急時の対応
その他		