

医療的ケア実施申込書

1 医療的ケアの実施を申し込みする子ども

子ども氏名		男 女	生年月日	年 月 日 歳
現住所				
第1連絡先		第2連絡先		

2 保育所等に依頼する医療的ケアの内容及び方法

(主治医が保育所等において可能と判断する医療的ケアの処置内容等について
ご確認のうえ、ご記入ください。)

<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 血糖測定・インスリン注射
<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 人口呼吸器
<input type="checkbox"/> 気管切開部の管理	<input type="checkbox"/> 導尿
<input type="checkbox"/> 吸入	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 酸素療法	

3 医療的ケアに関する主治医の意見書

別紙

射水市社会福祉事務所長

上記の医療的ケアについて、保育所等での実施を申し込みます。

令和 年 月 日 保護者氏名 _____