

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児童

保育施設名	() ・ 申請中			
児童名	男・女	生年月日	平成・令和	年 月 日生 (歳 か月)
現住所				
電話番号 (携帯番号)		緊急 連絡先		

2 保育所に依頼する医療的ケアの内容

(該当するケアの内容にチェックを入れ、() 内の該当する項目に○を記入してください)

<input type="checkbox"/> たん吸引 (口 ・ 鼻 ・ 気管カニューレ内) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻経管栄養 ・ 胃ろう) <input type="checkbox"/> 導尿 ・ 自己導尿 (一部要介助 ・ 完全要介助) <input type="checkbox"/> その他 ()
--

3 予想される緊急時の対応 (該当する項目に必要事項を記入してください)

医療的ケアの内容	予想される緊急時の状態	対応・緊急搬送先
たん吸引		
経管栄養		
導尿 (補助)		
その他		

向日市長 様

上記の医療的ケアについて、保育所での実施を申し込みます。

なお、受け入れの検討を行う際、関係機関で必要書類の複写等を行い情報共有が行われることに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名 _____