（幼小中用様式１）

高松市教育委員会教育長　宛

令和　年　　月　　日

医 療 的 ケ ア 実 施 申 込 書（保護者記入）

ふりがな 児　童　名		男 女	年 齢	歳 （　年）	生年 月日	年 月　　日生
児 童 の 住 所						
電　話　番　号 （携帯電話番号）		園・ 学校名				

〇実施を申し込む医療的ケアの内容

必要な医療的ケアの項目に✓をつけ、（　）内の該当する項目に〇または記入をしてください。

必要な医療的ケア	☐ 経管栄養（　鼻腔経管栄養　・　胃ろう　・　腸ろう　） ☐ 吸引（　口　・　鼻　・　気管カニューレ内　） ☐ 酸素療法 ☐ 導尿　・　自己導尿（　一部要介助　・　完全要介助　） ☐ その他（　　）

〇かかりつけ医師

病院名		主治医（名前）	

〇予想される緊急時の対応

予想される緊急時の状態	具体的な対応（緊急搬送先を含む）

上記の医療的ケアについて、幼稚園（こども園１号認定）・小中学校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。

保護者氏名　　印