(保こ用様式２)

高松市長　宛

令和　年　　月　　日

医療的ケア実施申込書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　 |  | 男　女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 | 年月　　日生 |
| 児童の住所 |  |
| 電話番号（携帯電話番号） |  |

実施を申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（　　　　　　　　　　　　　　　）※吸入、インスリン注射等 |

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事項を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 必要な　　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