（幼小中高用様式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・生徒名 |  | 男　女 | | 年齢 | 歳  （　年） | | 生年  月日 | 年  月　　日生 |
| 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　） * インスリン注射 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※人工肛門等 |

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・小中高等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