

高松市長 宛

令和 年 月 日

医療的ケア実施申込書

ふりがな 児 童 名	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)					

実施を申込み医療的ケアの内容（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○または記入をしてください。

必要な医療的ケア	<input type="checkbox"/> 経管栄養（ 鼻腔経管栄養 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ） <input type="checkbox"/> 吸引（ 口 ・ 鼻 ・ 気管カニューレ内 ） <input type="checkbox"/> 酸素療法 <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（ ）※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な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 _____