

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				

○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○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"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () ※人工肛門等
----------	--

○かかりつけ医師

病院名		主治医 (名前)	
-----	--	----------	--

○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って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