

年 月 日

医療的ケア申請書

(宛先) 池田市長

下記のとおり医療的ケアの実施を申請します。

申請保護者	フリガナ		申請子ども との続柄		父 ・ 母 その他 ()	
	氏名					
	日中の連絡先①					
	日中の連絡先②					
	現住所	〒 (-)				
申請児童	フリガナ		男 女	生年 月日	年 月 日 (歳)	
	氏名					
	関係機関					

■実施施設に依頼する医療的ケアの内容(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。

実施を希望する保育所等	古江保育所 ・ なかよしこども園 ・ ひかりこども園
-------------	----------------------------

依頼する医療的ケア	教育・保育施設で実施を希望する方法・手順 ※主治医とご相談の上、記入してください。
経管栄養 胃ろう・腸ろう・鼻腔留置チューブ	
吸引 口腔・鼻腔・気管カニューレ	
与薬（具体的に）	
その他（具体的に） 酸素療法・導尿・ 血糖値測定・インスリン注射 その他 ()	

なお、依頼にあたって下記について理解し、協力します。

- 1. 毎日の当該児童の健康状態・緊急連絡先について、連絡帳で実施施設に知らせます。
- 2. 当該児童の健康状態に変化が見られた場合は速やかに対応します。
- 3. 看護師が不在の日が発生し、医療的ケアが実施できない場合があります。