

(様式5)

就学前教育・保育施設 医療的ケア実施申込書

1 医療的ケアの実施を申込みする児童

保育所名			
児童氏名	生年月日	年 月 日(歳)	
現住所			
電話番号 (携帯番号)	緊急 連絡先		

2 保育施設に依頼する医療的ケアの内容

(該当するケアの内容に☑をつけ、() 内の該当する項目に○を記入してください)

<input type="checkbox"/> たん吸引 (口・鼻・気管カニューレ内)
<input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻経管栄養 ・ 胃ろう ・ 腸ろう)
<input type="checkbox"/> 導尿
<input type="checkbox"/> 酸素管理
<input type="checkbox"/> その他 ()

3 予想される緊急時の対応

医療的ケアの内容	予想される緊急時の状態	対応・緊急搬送先
たん吸引		
経管栄養		
導尿 (補助)		
酸素管理		
その他		

〇〇〇長様

上記の医療的ケアについて、就学前教育保育施設での実施を申し込みます。

年 月 日

保護者署名
