医療的ケア実施申込書

# （様式３）　　　　　　　　　　　　　　　　（２号・３号）保護者→市　（１号）保護者→保育所等

（あて先）八戸市長

１　対象児童

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 児童氏名 |  |
| 住所 |  |
| 保護者氏　名 |  | 連絡先 | 父 |
| 母 |

２　依頼する医療的ケアの内容及び方法

|  |  |
| --- | --- |
| 医療的ケアの項目（該当するケアの内容に〇で囲んでください。） | 保育施設で実施を希望する内容及び方法等 |
| ①喀痰吸引 |  |
| ②経管栄養 |  |
| ③導尿 |  |
| ④インスリン注射 |  |
| ⑤その他 |  |

３　通院及び療育の状況等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 通院の状況 | 医療機関名（診療科名） | 担当医師名 | 通院頻度 | 主な通院目的 |
|  |  | 回/　 |  |
|  |  | 回/　 |  |
| 療育の状況 | 療育機関名 | 担当者名 | 通所頻度 | 主な通所目的 |
|  |  | 回/　 |  |
|  |  | 回/　 |  |
| 緊急搬送先医療機関名 |  |

※訪問看護を利用している場合は、「通院の状況」に利用している訪問看護事業所名等をご記入ください。

４　添付書類　　・（様式１）医療的ケア実施に係る主治医意見書

（申込にあたっての同意事項）

　１　申込内容について、必要に応じて関係機関の間で情報を共有すること。

　２　申込内容について、必要に応じて医療機関又は療育機関に聴取すること。

上記の医療的ケアの実施について申し込みます。

　　　　　年　　　月　　　日

保護者氏名