

医療的ケア実施申込書

(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○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