

医療的ケア実施申込書

1 申込児童

(ふりがな) 氏名	生年月日	年齢	性別	障がい者 手帳の有無
	年 月 日	歳 か月	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

2 保護者

(ふりがな) 氏名		住所	
電話番号		(緊急連絡先)	

3 医療的ケアについて

内容	詳細・実施方法
<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻、胃瘻、腸瘻) <input type="checkbox"/> 酸素療法 (酸素カニューレ マスク) <input type="checkbox"/> 人工肛門 (人工膀胱) <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 血糖管理 (インスリン注射) <input type="checkbox"/> ネブライザーを使用した吸入	

4 医療的ケアに関する主治医意見書

別紙のとおり

久喜市長 あて
久喜市福祉事務所長 あて

医療的ケアについて、保育施設での実施を申し込みます。

年 月 日

保護者署名