

(様式第1号)

年 月 日

三郷市長 あて

保護者氏名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

### 医療的ケア実施申込書

保育所における医療的ケアについて、看護師等に実施をお願いしたく、下記のとおり依頼します。なお、当該児童の受け入れについて検討を行う際、関係機関で必要書類の複写等を行い、情報共有が行われることに同意します。

#### 記

ふりがな

児童名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

保育所に依頼する医療的ケア

※依頼する項目の□にレ点を付け、( )の該当する項目に○または必要事項を記入してください。

- 痰の吸引 ( 口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管カニューレ内 )
- 経管栄養  人工肛門の排泄物の処理
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

医療的ケアを実施するにあたり、次の要件を満たしている。

※要件の項目を満たしていることを確認した後、□にレ点を付けてください。

- 家庭での生活において、状態が安定していること。
- 日常的に保護者が行っている医療的ケアが確立されていること。
- 医療的ケアを実施することで、状態の変化が起こりにくいことが主治医から判断されていること。

医療機関 \_\_\_\_\_

郵便番号 ( \_\_\_\_\_ )

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

主治医氏名 \_\_\_\_\_