

## 医療的ケア実施申込書

令和 年 月 日

羽村市長 宛

申請者（保護者）氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

「保育施設への医療的ケア児の受入れガイドライン」に記載の内容について了承し、保育施設での医療的ケアの実施について、下記のとおり申し込みます。

## 1、保育施設での医療的ケアの実施を申し込む児童

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
氏名			令和__年4月1日現在	歳

## 2、緊急連絡先

	続柄	氏名	電話
1			
2			

## 3、保育施設での実施を申し込む医療的ケアの内容及び方法

ケアの内容	保育施設で実施を希望する方法等
<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内	
<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう	
<input type="checkbox"/> 導尿	
<input type="checkbox"/> エアウェイの管理	
<input type="checkbox"/> 酸素療法（在宅酸素療法）の管理	
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器の管理	
<input type="checkbox"/> 吸入（薬剤）	
<input type="checkbox"/> 気管切開部や胃ろう、腸ろう部の管理	
<input type="checkbox"/> 血糖値測定及びその後の処置（その後の処置にはインスリン注射を含む）	

#### 4. 通院の状況

医療機関名	診療科	医師名	連絡先
			— —
			— —
			— —

#### 5. 療育の状況

療育機関名	内容	担当者名	連絡先
			— —
			— —
			— —

#### 6. 在宅サービス等の利用状況

サービス名	事業所名	連絡先
		— —
		— —
		— —

関係する部署等：

#### 7. 手帳等の状況

- 身体障害者手帳 \_\_\_\_\_ 級
- 愛の手帳 \_\_\_\_\_ 度
- 精神障害者保健福祉手帳 \_\_\_\_\_ 級
- 特別児童扶養手当

※保育施設での医療的ケア、保育の実施に必要な対象児童及びその家族の情報について、関係機関・関係部署で共有することに同意します。

年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_