

医療的ケア実施申込書

1. 医療的ケアの実施を申込する児童

利用施設名	草加市児童発達支援センター あおば学園		
児童氏名	(男 ・ 女)		
生年月日	令和 年 月 日	(歳)	
住所	〒		
電話番号		緊急連絡先 (続柄)	()

2. 施設に依頼する医療的ケアの内容及び方法

依頼する項目の□に✓を付け、() 内にその内容や方法を記入してください。

☐ 口腔内のたん吸引	()
☐ 鼻腔内のたん吸引	()
☐ 気管カニューレ内のたん吸引	()
☐ 胃ろう・腸ろうによる経管栄養	()
☐ 経鼻 経管栄養	()
☐ 導尿	()
☐ 薬剤の吸入	()
☐ その他	()

3. 予想される緊急時の対応についてご記入ください。

予想される緊急時の状態	主な対応 (緊急搬送先：医療機関名・住所・電話番号 等)

4. 【別紙：様式 2 - 2】の医療的ケア児主治医意見書とあわせて提出してください。

5. 薬事 情報を提出してください。(コピーしてお返しします)

草加市児童発達支援センター あおば学園 管理者 松本 美由紀 宛

上記の医療的ケアについて、施設での実施を依頼します。

また、受け入れの検討を行う際、提出した医療的ケアに関する書類等の情報を関係機関で共有されることに同意します。

令和 年 月 日 保護者氏名： 印