

医療的ケア実施申込書

1. 医療的ケア申込児童

園名	園			
ふりがな	生 年 月 日			
児童名	H ・ R 年 月 日生			
住所	津市			
連絡先	名前	続柄	電話番号	園への到着時間
				約 分
緊急連絡先	①			約 分
	②			約 分
医療機関名		医師名		

2. 園へ依頼する医療的ケアの内容及び方法(該当する医療的ケアにチェックする)

医療的ケアの内容	依頼する医療的ケア内容等(できるだけ具体的にお書きください)
☐ 喀痰吸引(口腔・鼻腔・気管)	
☐ 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう)	
☐ 酸素療法(ℓ/分)	
☐ 導尿(回数等)	
☐ 血糖値測定・インスリン注射 (回数・単位等)	
☐ その他	

年 月 日
(あて先)津市長 上記の医療的ケアについて、「【様式3】医療的ケア主治医意見書(兼診療情報提供書)・指示書」に基づき、保育所等での実施を依頼します。なお、受入れの検討を行う際、主治医、嘱託医及び関係機関と必要書類、または面談等における情報共有を行うことに同意します。 保護者名 _____

保護者 → 保育こども園課(写し) → 保育所等(原本)