医療的ケア実施申込書

益城町長　　　　　　　 様

　　年　月　日

保護者氏名

次のとおり、益城町認可保育施設における医療的ケアの実施を申し込みます。

１ 医療的ケアを必要とする子ども

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 性別 | □男 ・ □女 |
| 住所 |  | | |
| 生年月日 | 年　月　日 | 希望施設名 |  |
| 電話番号 |  | 緊急連絡先 |  |

２ 医療的ケアの内容及び方法

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療的ケア内容（該当する内容にチェックしてください） | | 実施を希望する方法 |
| 喀痰吸引 | □ 口腔内 |  |
| □ 鼻腔内 |  |
| □ 気管カニューレ内 |  |
| 経管栄養 | □ 胃ろう |  |
| □ 腸ろう |  |
| □ 経鼻 |  |
| 導尿 | |  |
| 投薬（具体的に） | |  |
| その他（具体的に） | |  |