医療的ケア終了届

益城町長　　　　　　　 様

施設長　　　　　　　　 様

　　年　月　日

保護者氏名

益城町認可保育施設における医療的ケアの実施の終了を届け出ます。

１ 医療的ケアを必要としていた児童

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

２ 終了する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） | | 終了する理由 |
| 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） | |  |