

医療的ケア依頼申込書

(ふりがな) 児童氏名	生年月日		R	年	月	日
診断名						
治療の経過						
今後の見通し						
通院の状況	医療機関名() 診療科() 通院頻度(回／) 医療機関名() 診療科() 通院頻度(回／)					
依頼する 医療的ケア	☐ 喀痰吸引 (☐ 口腔・鼻腔 ☐ 気管カニューレ内部) ☐ 経管栄養 (☐ 経鼻 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう) ☐ 導尿 ☐ 酸素管理 ☐ 血糖管理 (☐ 血糖測定 ☐ インスリン注射 ☐ その他() ☐ その他 ()					
服薬状況	☐ 有 (☐ 経口 ☐ 注入 ☐ 座薬) (内容 :) ☐ 無					
摂食 嚥下の状況	【経口摂取】 ☐ 可 ☐ 一部可 ☐ 不可 【食事形態】 ☐ 離乳食 ☐ 普通食 ☐ ミキサー食 ☐ きざみ食 ☐ ペースト状 ☐ その他 ()					
緊急時の対応						
園生活上の 配慮事項						
その他						

上記の医療的ケアについて、保育施設等での実施を申し込みます。
なお、受入れの検討を行う際、主治医や関係機関と必要書類の情報共有を行うことや、児童についての意見聴取を行うことについて同意します。

令和 年 月 日

(ふりがな)
保護者氏名
(自署)

