

医療的ケア実施申込書

園名				
(ふりがな) 児童氏名		生年月日	R 年 月 日	
(ふりがな) 自宅住所	よっかいちし 四日市市			
緊急連絡先	(ふりがな) 名前	続柄	電話番号	園への所要時間
				約 分
				約 分
				約 分
				約 分
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	☐ 経管栄養 (☐ 経鼻 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう) ☐ 導尿 ☐ 血糖管理 (☐ 血糖測定 ☐ インスリン注射 ☐ その他() ☐ 見守り支援 (☐ 食事 ☐ 排泄 ☐ 睡眠 ☐ 移動) ☐ その他 ()			
その他				

上記の医療的ケアについて、「【様式 4】医療的ケアに関する主治医指示書」に基づき、保育施設等での実施を依頼します。
また、主治医、嘱託医およ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。

令和 年 月 日

(ふりがな)
保護者氏名
(自署)

【新規】保護者→保育幼稚園課(写し)→保育施設(原本)

【在園】保護者→保育施設(原本)→保育幼稚園課(写し)

