

第1号様式

医療的ケア実施申込書

受付印

保育施設における医療的ケアの実施申込書を提出します。

住所					
保護者氏名 (申請者)					
連絡先 (氏名)	① ()		② ()		
フリガナ		続柄	性別		
児童氏名			男・女		
生年月日	令和 年 月 日生		入園希望クラス	歳児	
現在の 保育状況	<input type="checkbox"/> (父・母) が保育 <input type="checkbox"/> 祖父母が保育 <input type="checkbox"/> 一時保育 <input type="checkbox"/> その他 ()				
希望保育施設	施設名 () 見学 (未・済)				
同居家族	氏名	続柄	生年月日	年齢	職業
備考					

【裏へ続く】

申し込む医療的ケアの内容及び方法等

医療的ケアの内容（該当するものに☑を記入してください。）

呼吸管理

酸素吸入

気管切開・鼻腔カニューレ・マスク

他（ ）

吸引

口腔・鼻腔・気管切開部

経管栄養

経鼻胃管・十二指腸チューブ・胃ろう・腸ろう

導尿

一部要介助・完全要介助（導尿間隔 ）

具体的に（ ）

インスリン注射

一部要介助・完全要介助

その他（具体的に記入してください。）例薬剤による吸入など。

（ ）

情報収集等についての同意書

医療的ケア実施の申込みに際して、保育所又は市より依頼があったときは、対象児童の主治医から医療的ケアを必要とする児童に係る情報について聴取し、関係機関と共有することについて同意します。また、関係機関から依頼があったときは、面談に出席します。

年 月 日 保護者氏名