

保護者→保育・幼稚園課→保育施設等

記入日： 年 月 日

名護市長 宛

保護者氏名

保護者連絡先

※日中連絡が取れる方

医療的ケア実施申込書

次の「医療的ケア」について、主治医との連携のもとに実施を依頼します。

児童氏名		性別		生年月日	年 月 日
診断名					

医療的ケアの内容

* 依頼する項目に✓をつけ、() 内の該当する項目に○印、または記入をしてください。

* 「医療的ケア」や「疾患に起因する配慮」については、保育施設で対応可能な範囲で実施します。

医療的ケア内容（看護師対応）	
☐ 経管栄養（経鼻経管栄養・胃ろう・腸ろう） ☐ 吸引（口・鼻・気管カニューレ内） ☐ 導尿（一部介助・全介助） ☐ インスリン注射 （ポンプ・ペン型・その他（ ）） ☐ 酸素療法	☐ その他（ ）
医療的ケア等の実施について具体的な依頼および注意事項（例：時間・回数・注入量等）	
予想される緊急時の状態および対応	
※医療的ケアに関する意見書兼指示書【様式②】記載のとおり。 その他	
かかりつけ医療機関名 Tel ()	
確認事項	
☐ 適切な医療と保育が提供されるよう、必要な情報提供や関係機関と連携して対応することを了承します。	