

## 医療的ケア実施申込書

## 1. 医療的ケア申込み児童

希望園名	幼稚園／保育所／こども園			
ふりがな		生 年 月 日		
申込児童名		H/R/西暦 年 月 日 生		
住 所	松阪市			
連 絡 先	名 前	続 柄	電話番号	園への到着時間
				約 分
緊急連絡先	①			約 分
	②			約 分
医療機関名		医師名		

## 2. 園へ依頼する医療的ケアの内容及び方法

(該当する医療的ケアにチェックする)

医療的ケアの内容	依頼する医療的ケア内容等
<input type="checkbox"/> 喀痰吸引(口腔・鼻腔・気管)	
<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻)	
<input type="checkbox"/> 酸素療法( /ℓ)	
<input type="checkbox"/> 導尿(回数等)	
<input type="checkbox"/> 血糖値測定・インスリン注射 (回数・単位等)	
<input type="checkbox"/> その他	

## 3. 添付書類

医療的ケアに関する主治医意見書・主治医指示書(様式2・3)

年 月 日
松阪市長 様
上記の医療的ケアについて、園での実施を申し込みます。なお、受入れの検討を行う際、関係機関と必要書類の情報共有を行うことに同意します。
保護者名 _____