様式第3号

（西条市長・施設長）　　様

医療的ケア実施申込書

1　児童について

（ふりがな） 児童氏名		性別	男　・　女
生年月日		年齢	歳
住　所	〒		
電話番号		（緊急時）	

2　必要とする医療的ケア

医療的ケアの内容		保育所等で実施を希望する回数・時間等
経管栄養	□経鼻（胃管・十二指腸管） □胃ろう　□腸ろう	回数・時刻（　　回／日　・　　） 1回の注入時間（　　） 内容・量（　　） その他（　　）
たん吸引	□口腔内　□鼻腔内 □気管カニューレ内	回数（　　回／日） その他（　　）
□導尿		回数（　　回／日） その他（　　）
□その他（　　）		（　　）

上記の医療的ケアについて、保育所等での実施を申し込みます。

また、医療的ケアの安全な実施及び緊急時または災害時の対応等のため、関係機関で必要書類の複写等を行い情報共有が行われることに同意します。

記　入　日　：　　年　　月　　日

保 護 者 氏 名 ：