

## 医療的ケア実施申込書

新宿区長宛て

保 護 者	住 所	新宿区..... .....
	氏 名	

下記の児童について、保育施設での医療的ケアの実施を申し込みます。

利 用 児 童 名	
生 年 月 日	年 月 日
医療的ケア内容 ※該当する項目にチェックをつけてください。 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> エアウェイの管理 <input type="checkbox"/> 定時の薬液の吸入 <input type="checkbox"/> 気管切開部の衛生管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろう部の衛生管理 <input type="checkbox"/> 酸素管理及び呼吸補助装置の管理 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の作動状況の確認及び緊急時の連絡等 <input type="checkbox"/> 血糖値測定及びその後の処置 <input type="checkbox"/> その他 ( )
主 治 医	医療機関名 ..... 所 在 地 ..... 電 話 番 号 ..... 診 療 科 ..... 主 治 医 .....