

医療的ケア依頼書

児童氏名		性別	年齢	生年月日	
			歳	年	月 日
現住所			電話番号		
診断名					
医療機関					

○保育園・認定こども園に依頼する医療的ケアの内容

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

<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻 ・ 胃ろう ・ 腸ろう)
<input type="checkbox"/> 吸引(口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管カニューレ内)
<input type="checkbox"/> 酸素療法(酸素カニューレ ・ 酸素マスク)
<input type="checkbox"/> 導尿 ・ 自己導尿(一部要介助 ・ 完全要介助)
<input type="checkbox"/> 血糖測定、インスリン注射
<input type="checkbox"/> 人工肛門、膀胱瘻の管理

医療的ケア	実施時間(いつ)	回数	一回の所要時間	注意事項

○予想される緊急時の対応

医療的ケア	予想される緊急時の状態	対応・緊急搬送先

幼保運営課長・園長 様

上記の医療的ケアについて、保育園・認定こども園での実施を依頼します。

なお、実施にあたり、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

保護者サイン(自署)：