

【文書作成者：保護者】

【書類の流れ：保護者→徳島市】

(様式2)

徳島市長 宛

令和 年 月 日

### 医療的ケア実施申込書

フリガナ 児童氏名		男 女	年齢	歳 (4/1現在)	生年 月日		年	月	日
保護者氏名					連絡先	①			
						②			
						③			
住所									

#### ■実施を申し込む医療的ケアの内容

必要な医療的ケアの項目にレ点をつけ、( )内の該当する項目に○又は記入をしてください。

必要な 医療的ケア	<input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 導尿・自己導尿 ( 一部要介助 ・ 完全要介助 ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( 胃ろう ・ 腸ろう ・ 経鼻 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※喀痰吸引 等
--------------	--

#### ■予想される緊急時の対応

該当する項目に必要な事項を記入してください。

必要な 医療的ケア	予想される緊急時の状態	対応・緊急搬送先
インスリン注射		
導尿		
経管栄養		
その他 ( )		

上記の医療的ケアについて、保育施設での実施を申込みます。

なお、保育施設での受入に係る検討の際に、関係機関での必要書類の複写等を行い情報共有が行われること、また、主治医や関係機関等から、医療的ケアを実施する児童の意見聴取を行うことについて同意します。

保護者氏名