医療的ケア実施申込書

１　医療的ケアを必要とする児童について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童の氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 平成・令和　　年　　月　　日 |
| 保護者の氏名 |  | 父・母その他( ) | 電話番号 |  |
| 住　所 | 山鹿市 | 電話番号（携帯番号） |  |
| 上記以外の緊急連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号児童との続き柄（　　　）　　　　　　　（携帯番号） |

２　医療的ケアの内容及び方法

|  |  |
| --- | --- |
| 医療的ケアの内容 | 保育所等に依頼する内容等 |
| 口腔内の喀痰吸引 |  |
| 鼻腔内の喀痰吸引 |  |
| 気管カニューレ内の喀痰吸引 |  |
| 胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 |  |
| 経鼻経管栄養 |  |
| その他 |  |

３　その他

　医療的ケア児に係る主治医意見書（様式２）を添付

　　　山鹿市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

保護者署名