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