

医療的ケア実施申込書

(宛先)富山市長

次のとおり、医療的ケアの実施を申し込みます。

保育施設への受入れ検討を行う際、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。

令和 年 月 日

申請者（保護者）氏名

	氏名	生年月日及び年齢	性別
児 童 名	(ふりがな)	平成・令和 年 月 日生 (R4年4月1日現在 歳)	男・女
住 所	富山市	携帯(父) -----	
電 話 番 号		携帯(母) -----	

実施を申し込む医療的ケアの内容（保護者記入）

必要な 医療的ケア	<input type="checkbox"/> 経管栄養（ 経鼻 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ）
	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引（ 口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管カニューレ内 ）
	<input type="checkbox"/> 導尿・自己導尿（ 一部要介助 ・ 全部要介助 ）
	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> ストーマ（人工肛門）の管理
	<input type="checkbox"/> その他（ ）

予想される緊急時の対応（保護者記入）

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
経管栄養		
吸引		
導尿		
酸素療法		
ストーマ		
その他		