**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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児　童　名 | 氏名 | 生年月日及び年齢 | 性別 |
| (ふりがな) | 平成・令和　 年 月 日生（R6年4月1日現在　　　　歳） | 男・女 |
|  |
| 住所電話番号 | 富山市 | 携帯（父）　　　　　－　　　　　　－　　　　　　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 | □　経管栄養（　経鼻　・　胃ろう　）□　喀痰吸引（　口腔　・　鼻腔　・　気管カニューレ内　）□　気管切開部の管理□　導尿・自己導尿（　一部要介助　・　全部要介助　）□　酸素療法□　ストーマ（人工肛門）の管理□　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 |  |  |
| 気管切開部の管理 |  |  |
| 導尿 |  |  |
| 酸素療法 |  |  |
| ストーマ |  |  |
| その他 |  |  |