

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 | 富山市 | | |
| 電 話 番 号 | 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 | <input type="checkbox"/> 経管栄養（ 経鼻 ・ 胃ろう ） <input type="checkbox"/> 喀痰吸引（ 口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管カニューレ内 ） <input type="checkbox"/> 気管切開部の管理 <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 | | |
| 気管切開部 の管理 | | |
| 導尿 | | |
| 酸素療法 | | |
| ストーマ | | |
| その他 | | |