医療的ケア実施申込書

（あて先）弘前市長

１　対象児童

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）児童氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 　　年　　月　　日　 |
| 現住所 | 弘前市大字 |
| 保護者氏名 |  | 連絡先 | 父： |
| 母： |

２　依頼する医療的ケアの内容及び方法

|  |  |
| --- | --- |
| 医療的ケアの種類（該当するケアの内容にチェック☑） | 保育所等で実施を希望する内容及び方法等 |
| □ | 喀痰吸引 |  |
| □ | 経管栄養 |  |
| □ | 導尿 |  |
| □ | インスリン注射 |  |
| □ | その他 |  |

３　通院及び療育の状況等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 通院の状況 | 医療機関名（診療科名） | 担当医師名 | 通院頻度 | 主な通院目的 |
|  |  | 回/ |  |
|  |  | 回/ |  |
| 療育の状況 | 療育機関名 | 担当者名 | 通所頻度 | 主な通所目的 |
|  |  | 回/ |  |
|  |  | 回/ |  |
| 緊急搬送先医療機関名 |  |

４　添付書類　　・（様式１）医療的ケア実施に係る主治医意見書

（申込みに当たっての同意事項）※１及び２の□にチェック☑

　□　１　申込内容について、必要に応じて関係機関の間で情報を共有すること。

　□　２　申込内容について、必要に応じて医療機関又は療育機関に聴取すること。

　上記の医療的ケアの実施について申し込みます。

　　　　　　　年　　　月　　　日

保護者氏名