

医療的ケア実施申込書

江戸川区長 殿

						申込日	年	月	日
申請者	住所	江戸川区 丁目 番 号							
	保護者	氏名	続柄	生年月日	年齢	電話番号(連絡先)			
		ふりがな	父・母 ()	・	・	携帯 () 自宅 ()			
実施申請児童 (子)	氏名	生年月日	クラス年齢	第一希望施設名					
	ふりがな	・	・	歳クラス	(保育園 ・ 認定こども園)				

医療的ケア児・障害児クラスの入園の申込に当たり、医療的ケア実施申込書を提出します。

必要となる 医療的ケアの 内容	必要な項目にチェックをつけ、該当する箇所に○を付けてください。		
	吸引 (口鼻腔内 ・ エアウェイ内 ・ 気管カニューレ内) 経管栄養 (経鼻 ・ 胃ろう ・ 腸ろう) 導尿・自己導尿 (一部要介助 ・ 完全要介助) エアウェイの管理 薬液注入 与薬 気管切開部の衛生管理 胃ろう、腸ろう部の衛生管理 血糖測定 ストマの管理 酸素吸入 その他 ()		
お子さんの 状態	該当する項目にチェックを付けてください。 家庭での生活において、状態が安定している。 医療的ケアが日常生活の一部として、保護者及びお子さんに定着している。		
予想される 緊急時の対応	依頼する医療的ケア	予想される緊急時の状況	対応や緊急搬送先
主治医に ついて	医療機関名		
	所在地		
	電話番号		
	診療科・主治医		

上記の医療的ケアの実施を申込みます。

受け入れ検討を行う際、関係機関で必要書類の提出依頼をすること、必要書類の複写等、情報共有が行われることに同意します。

年 月 日 保護者署名