

診療情報提供書（江戸川区医療的ケア児養育者支援事業）

江戸川区長 殿

ふりがな	性別	生年月日		
利用者 氏名	男	H		
	女	R	年	月 日
住所	東京都江戸川区			

医療的ケアの状況	※該当する項目全てに○をしてください。			
	ア	人工呼吸器	イ	気管内挿管又は気管切開
	ウ	鼻咽頭エアウェイ	エ	酸素吸入
	オ	1日につき6回以上の頻回吸引		
	カ	1日につき6回以上又は継続したネブライザーの使用		
	キ	中心静脈栄養（IVH）	ク	経管（経鼻・胃ろうを含む。）
	ケ	腸ろう・経腸栄養	コ	継続する透析（腹膜灌流を含む。）
	サ	1日につき3回以上の定期導尿（人工膀胱を含む。）		
シ	人工肛門			
身体機能	<input type="checkbox"/>	寝たきり	<input type="checkbox"/>	支えがあれば座位可能

上記情報を提供いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

住所

医師名

印