* 保護者→幼保運営課

(様式２）

　宛

　　年　　月　　日

**医療的ケア実施申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　 |  | 男女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 | 年　 月　 日 |
| 幼児の住所 |  |
| 電話番号(携帯電話番号) |  |

実施を申し込む医療的ケアの内容（保護者記入）

　必要な医療的ケアの項目に✔をつけ、（　）内の該当する項目に〇または記入をしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 必要な医療的ケア | □ 経管栄養（　鼻腔　・　胃ろう　・　腸ろう　）□ 酸素療法□ 吸引（　口腔　・　鼻腔　・　気管カニューレ内　）□ 導尿　・　自己導尿（　一部要介助　・　完全要介助　）□ その他（　　　　　　　　　　　　）✽吸入、インスリン注射等 |

予想される緊急時の対応（保護者記入）

　該当する項目に必要事項を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |  |
| 酸素療法 |  |  |
| 吸引 |  |  |
| 導尿 |  |  |
| その他 |  |  |

上記の医療的ケアについて、就学前教育・保育施設での実施を申し込みます。

なお、受入れの検討を行う際、関係機関での必要書類の複写等を行い情報共有が行われること、また、主治医や関係機関等から、幼児の意見聴取を行うことについて同意します。

保護者氏名