伊万里市医療的ケア児入園検討会申請書

【様式１】

※保護者→伊万里市

下記の医療的ケアについて、保育施設での実施のための検討会に申し込みます。

１　医療的ケアの実施を申し込む児童

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男  ・  女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 児童名 |  |
| 現住所 |  | | | |
| 電話番号 |  | 緊急連絡先 | | 氏名　　　　　　　　続柄  電話番号 |
| 入園希望施設 |  | | | |

２　保育施設で実施を希望する医療的ケアの内容及び方法

　　（該当するケアの内容に○を記入する）

|  |  |
| --- | --- |
| 医療的ケアの内容 | 保育施設で実施を希望する回数・時間等 |
| 経管栄養　　　　　経鼻  　　　　　　　　　胃ろう |  |
| 導尿 |  |
| 喀痰吸引　　　　　口腔内  　　　　　　　　　鼻腔内  　　　気管カニューレ内部 |  |
| 呼吸管理　　　　酸素吸入  　　　　　　　人工呼吸器 |  |
| 血糖値測定  インスリン注射 |  |

３　医療的ケアに関する主治医の意見書（別紙添付のこと）

　　　　　記入日　　　年　　　月　　　日

保護者氏名