年　　月　　日

（入園後３カ月ごとに作成）

※保育施設→　保護者・主治医　→保育施設（原本）・伊万里市（写）

【様式１７】

（保護者名）　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（施設名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（施設長名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先）

医療的ケア実施報告書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象児童の医療的ケアの実施について報告書を提出します。 | | | | | | |
| 児童名 |  | 男女 | 年齢 | 歳 | 生年  月日 | 年　　月　　日生 |
| 実施担当者 | (職名) | (氏名) | | | | |
| 実施した医療的ケアの内容 | | | 児童の様子・ヒヤリハット事例等 | | | |
|  | | |  | | | |

【主治医記入欄】

　・対象児童の保育施設の利用継続について

* 利用継続について問題はありません。
* 利用継続について問題があります。　内　容：

医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　医師名：　　　　　　　　　　　　　　　印