

# 保育所による医療的ケア実施申込書

令和 年 月 日

海老名市長 あて

海老名市福祉事務所長 あて

次のとおり、医療的ケアについて、保育施設での実施を申し込みます。

住所 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

## 1 医療的ケアの実施を申込みする児童

|               |      |      |       |
|---------------|------|------|-------|
| (ふりがな)<br>児童名 |      | 生年月日 | 年 月 日 |
| 希望保育園名        | 第一希望 |      |       |
|               | 第二希望 |      |       |
|               | 第三希望 |      |       |

## 2 保育施設で実施の申し込みをする医療的ケアの内容及び方法

|                            |       |   |
|----------------------------|-------|---|
| 医療的ケアの内容<br>※該当するケアに○を記入する |       | 経管栄養（経鼻）、経管栄養（胃ろう・腸ろう）、<br>吸引（口腔・鼻腔内、気管カニューレ内、気管）、導尿、<br>血糖管理、酸素療法、その他（ ） |
| 主治医                        | 医療機関名 |   |
|                            | 所在地   | 電話番号  |
|                            | 医師名   |   |
| 事業所<br>訪問看護                | 名称    |   |
|                            | 所在地   | 電話番号  |
|                            | 担当者名  |   |