

## 様式第 1 号

## 医療的ケア実施申込書

大治町長 様

年 月 日

保護者氏名

次のとおり、医療的ケアの実施を申し込みます。

## 1 医療的ケアを必要とする子ども

児童氏名		性別	男 ・ 女
住 所	大治町大字 字		
生年月日	年 月 日 ( 歳児)	電話番号	— —
希望施設名		緊急連絡先	— —

## 2 医療的ケアの内容及び方法

医療的ケア内容 (該当する内容にチェックしてください)		実施を希望する方法
喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 口腔内	
	<input type="checkbox"/> 鼻腔内	
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内	
経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう	
	<input type="checkbox"/> 腸ろう	
	<input type="checkbox"/> 経鼻	
導尿		
投薬 (具体的に)		
その他 (具体的に)		