

様式第1号 (保護者→市)

丹波市長 様

医療的ケア実施依頼書

児 童 名		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	児 童 生年月日	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
住 所				
保 護 者 連 絡 先		緊 急 連 絡 先		
希 望 す る 医 療 的 ケ ア の 内 容	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> その他			
配 慮 事 項				
主 治 医	病院名・診療科：			
	主治医氏名：			
	病院所在地：			
	病院電話番号：			
緊 急 搬 送 医 療 機 関	病院名・診療科：			
	主治医氏名：			
	病院所在地：			
	病院電話番号：			

※申請内容に変更がある場合には、再度、申請書の提出が必要です。

丹波市長 様

上記の医療的ケアについて、認定こども園等での実施を申込みます。

なお、主治医の指示通り実施されたことによって起こる問題についての責任は問いません。

また、医療的ケアの実施の検討にあたり、関係機関における情報共有が行われることに同意します。

年 月 日

保護者氏名 (自署)