

保護者 様

施設名 _____

医療的ケア実施計画書

下記のとおり実施することとしましたので報告します。

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
個別マニュアル の作成		緊急時対応 マニュアルの作成		
看護師等が実施する医療 的ケアの内容				
実施にあたり配慮する事項				
医療的ケアの実施者				
実 施 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			