

【様式4】

医療的ケア実施依頼書

園 児 氏 名		性別	年齢	生 年 月 日
(ふりがな)		男・女	歳	H・R 年 月 日
現住所	熊本市			
電話番号				

○保育園に依頼する医療的ケアの内容(保護者記入)

※依頼する項目に✓をつけ、()内の該当する項目に○または記入してください

☐ 経管栄養(経鼻経管栄養 ・ 胃ろう ・ 腸ろう) ☐ 吸引(口腔内・鼻腔・気管カニューレ内) ☐ 気管切開部の管理 ☐ 酸素療法 ☐ 人工呼吸器 ☐ 導尿 ☐ 与薬 ☐ その他()	
---	--

○予想される緊急時の対応(保護者記入)

※該当する項目に必要な事項を記入してください

依頼する医療的ケア	予想される緊急時の状態	対応・緊急搬送先
経管栄養		
吸 引		
酸素療法		
気管切開部の管理		
人工呼吸器		
導 尿		
その他		

保育園園長様

上記の医療的ケアについて、保育園での実施を依頼・承諾いたします。

なお、関係機関で情報共有し連携する事に同意します。

記入日

年 月 日

保護者署名