【保護者→春日部市】

令和　　　年　　　月　　　日

 （宛先）春日部市社会福祉事務所長

**医療的ケア実施申込書**

申請者（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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児　童　名 | 氏　名 | 性別 | 生年月日及び年齢 |
| (ふりがな) | 男女 | 平成・令和　 年 月 日生（R　年4月1日現在　　　　歳） |
|  |
| 住所 | 春日部市 |
| 電話番号 | 携帯（父）　　　　　－　　　　　　－　　　　　　携帯（母）　　　　　－　　　　　　－　　　　　 |
| 希望保育所 |  |

実施を申し込む医療的ケアの内容（保護者記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 必要な医療的ケア | □　喀痰吸引（　口腔　・　鼻腔　・　気管カニューレ内　）□　経管栄養（　経鼻　・　胃ろう　・　腸ろう　）□　導尿・自己導尿（　一部要介助　・　全部要介助　）□　インスリン注射□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

予想される緊急時の対応（保護者記入）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 必要な医療的ケア | 予想される緊急時の状態 | 対応・緊急搬送先 |
| 吸　引 |  |  |
| 経管栄養 |  |  |
| 導　尿 |  |  |
| インスリン |  |  |
| その他 |  |  |