（第２号様式）

医療的ケア実施申込書

１　医療的ケアの実施を申請する児童

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 年　　齢 | 歳　　　　カ月 |
| 現住所 | （〒　　　　　　　　）小田原市 |
| 電話番号（緊急連絡先） |  |

２　実施施設に申請する医療的ケアの内容

　＊申請する項目の□にレ点を付け、（　　）の該当する項目に〇を記入してください

* 喀痰吸引（　口腔　・　鼻腔　・　気管カニューレ内　）
* 経管栄養（　経鼻経管　・　胃ろう　・　腸ろう　）
* 導　　尿
* 投　　薬（　経口　・　注入　・　座薬　・　その他　）

３　病院・医院名

|  |
| --- |
|  |

４　診療科名

|  |
| --- |
|  |

５　医師氏名

|  |
| --- |
|  |

実施施設における医療的ケアについて、上記のとおりその実施を申込みます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

医療的ケア児入所利用相談窓口あて

　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名