

(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

ふりがな 児童名		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○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 _____