

第1号様式

医療的ケア実施申込書

年 月 日

府 中 市 長

申請者(保護者)住所

氏名

電話

「医療的ケア児の保育所受入れガイドライン」に記載の内容について了承し、保育所での医療的ケアの実施について、次のとおり申し込みます。

1 保育所での医療的ケアの実施を申し込む児童

ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
			令和5年4月1日 現在 歳	

2 連絡先 ※連絡順に記入

	続柄	氏名	電話番号
1			
2			
3			
4			

3 保育所での実施を申し込む医療的ケアの内容及び方法

ケアの内容	保育所で実施を希望する方法、使用器具等
<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう )	
<input type="checkbox"/> 導尿	
<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 ( <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 )	
<input type="checkbox"/> 血糖値測定	
<input type="checkbox"/> インスリン注射	
<input type="checkbox"/> 人工肛門	