

医療的ケア実施申込書

保護者氏名	児童氏名	性別	年齢	生年月日
			歳	年 月 日
現住所				
電話番号				
緊急連絡先				

○実施を希望する医療的ケアの内容（保護者記入）

※希望する項目に✓をつけ、（）内の該当する項目に○又は記入してください。

- ☐ 喀痰吸引（口腔・鼻腔・気管切開部）
 ☐ 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）
☐ 導尿（一部要介助・完全要介助）
 ☐ 血糖管理（血糖値測定・インスリン注射）
☐ 酸素療法（酸素マスク・酸素カニューラ）
☐ その他（ ）
☐ 今後の医療的ケアの実施は不要（終了日： 年 月 日）

○実施を希望する方法及び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。

希望する 医療的ケア	予想される緊急事態	対応・緊急搬送先
喀痰吸引		
経管栄養		
導尿		
血糖管理		
酸素療法		
その他		

（裏面へ続く）

広島市長 様

上記の医療的ケアについて、保育所等での実施を希望します。

また、この申込みにおいて、次のこと全てに同意します。

- ・ 広島市医療的ケア児受入等実施要綱の内容。
- ・ 利用時間は、原則、保育所等の開園時間の範囲内において、担当看護師等が勤務している時間とし、実際の受入れに当たっては、保護者と保育所等で相談の上、実施すること。
- ・ 医療的ケアの実施内容を変更又は追加する場合、医療的ケア実施開始通知書記載の実施期間を迎えるまでは自宅待機となること。
- ・ 広島市医療的ケア児受入等実施要綱第5条に定める審議会及び同要綱第15条に定めるケース会議のほか、保育所等における医療的ケアの実施及び状況の確認等に必要な範囲において、心身の状況等の個人情報を共有すること。
- ・ 利用時間は、原則、保育所等の開園時間の範囲内において、担当看護師等が勤務している時間とし、実際の受入れに当たっては、保護者と保育所等で相談の上、実施すること。