様式第１号

**医療的ケア実施申込書**

保育施設における医療的ケアの実施申込書を提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 |  |  |
| 保護者氏名（申請者） |  |  |
| 連絡先（氏名） | ① （ | ） | ②（ ） |
| フリガナ |  | 続柄 | 性別 |  |
| 児童氏名 |  |  | 男・女 |  |
| 生年月日 | 　年 　　月 | 日生 | 入園希望クラス | 歳児 |
| 現在の保育状況 | □（父・母）が保育□その他（ | □祖父母が保育 □一時保育） |
| 申請保育施設 | 施設名（ | ）見学（未・済） |
| 同居家族 | 氏名 | 続 | 柄 | 生年月日 | 年齢 | 職業 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 備考 |  |  |

申込む医療的ケアの内容及び方法等

|  |  |
| --- | --- |
| 医療的ケアの内容（該当するものに☑を記入してください。□酸素管理□酸素吸入気管切開・鼻腔カニューレ・マスク他（　　　　　　　　）□喀痰吸引口腔・鼻腔・気管切開部□経管栄養経鼻胃管・十二指腸チューブ・胃ろう・腸ろう□導尿一部要介助・完全要介助 |  |
| 具体的に（ | ） |
| □血糖値管理・インスリン注射一部要介助・完全要介助□その他（具体的に記入してください。）例薬剤による吸入など。（ | ） |

情報収集等についての同意書

|  |
| --- |
| 医療的ケア実施の申込みに際して、保育所又は町より依頼があったときは、対象児童の主治医から医療的ケアを必要とする児童に係る情報について聴取し、関係機関と共有することについて同意します。また、関係機関から依頼があったときは、面談に出席します。 年 月 日 保護者氏名 |