

医療的ケア利用申込書兼同意書

児 童 名	性 別	生 年 月 日
フリガナ	男・女	年 月 日
住 所		
電話番号 (日中の連絡先)	() -	父・母・その他() 自宅・携帯・職場(名称:)
希望施設名		

1. 診断名及び保育所(園)等に依頼する医療的ケアの内容

診断名
依頼する項目に☑をつけ、該当するケアに○または記入をしてください
<input type="checkbox"/> 導尿(自己導尿に向けた指導、管理 ・ 一部介助 ・ 全面介助)
<input type="checkbox"/> 吸引(口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内)
<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻経管栄養 ・ 胃ろう ・ 腸ろう)
<input type="checkbox"/> 人工肛門の管理
<input type="checkbox"/> その他(具体的に)

枚方市長

上記の医療的ケアについて、保育所(園)等での利用を申し込みます。

なお、以下の内容について同意します。

- ・医療的ケアを受けるにあたり、「枚方市保育所(園)等における医療的ケアが必要な子どもの受入れに関するガイドライン」を遵守します。
- ・受入れ検討を行う際、必要書類の複写を行い、各関係機関で情報共有が行われることに同意します。

記入日：令和 年 月 日

保護者名：