医療的ケア申請書（新規・継続・変更・終了）

中野区長　様

【記入日】　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 保護者の住所  〒 | 保護者氏名  電話 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童・生徒名 | |  | | 男女 | 年齢 | 歳 | 生年  月日 | 年  月　　　日生 |
| 児童・生徒の住所 | | 〒 | | | | | | |
| 電話番号  （携帯電話番号） | |  | | | | | | |
| 緊急連絡先 | |  | | | | | | |
| 実施場所 | | （　　　　　　　　　　　　　　　　）学校 | | | | （　　　　　　　　　　　　　）学童クラブ | | |
| 【新規・継続・変更】 | 医療的ケアの内容  （該当するケアの内容に○を記入ください） | | 実施を希望する方法 | | | | | |
| 喀痰吸引  　口腔・鼻腔・気管切開部 | |  | | | | | |
| 経管栄養  　経鼻チューブ・胃ろう・腸ろう | |  | | | | | |
| 導尿  　一部要介助・完全要介助(間隔) | |  | | | | | |
| 1型糖尿病  　血糖値測定・インスリン注射 | |  | | | | | |
| その他（具体的に） | |  | | | | | |
| 【終了】 | 終了の理由を記入してください。 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

以下のことについて同意のうえ、申請します。

保護者から提出された申請内容等について、居住地区のすこやか福祉センター担当保健師や医ケア児支援検討委員会で共有することを了承します。