

和光市長 様

### 医療的ケア実施終了届

届出者

保護者住所 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

以下の児童について、保育所での医療的ケアの実施が不要となりましたので届け出ます。

#### 記

1 対象児童

フリガナ 児童氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
保育所名			

2 終了する医療的ケア（該当する医療的ケアに（チェック）してください。）

- たんの吸引
- 経管栄養
- 酸素吸入
- 導尿
- その他（ ）

3 主治医について

医療機関名	
診療科・主治医	科
主治医より終了にあたっての留意事項	