

医療的ケア依頼書

和光市長 様

保護者氏名

電話番号

※日中連絡の取れる電話番号

保育所での医療的ケアの実施について、下記のとおり依頼します。

1 対象児童

児童氏名（フリガナ）		生年月日	年齢
（ ）		年 月 日	歳
住所			

2 保育所に依頼する医療的ケアの内容

※依頼する項目に☑（チェック）を付け、（ ）内の該当する項目に○又は記入をしてください。

☐ たんの吸引（ 口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内）
☐ 経管栄養（ 経鼻 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ）
☐ 酸素吸入
☐ 導尿
☐ その他（ ）

3 予測される緊急時の対応

※該当する項目に必要事項を記入してください。

依頼する医療的ケア	予想される緊急時の状態	対応・緊急搬送先
たんの吸引		
経管栄養		
酸素吸入		
導尿		
その他（ ）		