

年 月 日

和光市長 様

医療的ケア実施内容変更届

届出者

保護者住所

保護者氏名

以下の児童について、必要な医療的ケアの内容が変更になりましたので、医療的ケア実施内容の変更を届け出ます。

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			
実 施 中 の 医 療 的 ケ ア	☐ たんの吸引（ 口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内 ） ☐ 経管栄養（ 経鼻経管 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ） ☐ 酸素吸入 ☐ その他（ ）		

2 必要となる医療的ケア（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（ 口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内 ）
- ☐ 経管栄養（ 経鼻経管 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ）
- ☐ 酸素吸入
- ☐ その他（ ）

変更の理由：