

(保護者→市)

草加市医療的ケア実施申込書

1 医療的ケアの実施を申し込みする児童

利用施設名	草加市児童発達支援センター あおば学園		
児童氏名		生年 月日	年 月 日 (歳)
住所			
電話番号 (携帯電話番号)		緊急 連絡先 (続柄)	

2 施設に依頼する医療的ケアの内容及び方法

(該当するケアの内容に○を記入する)

医療的ケアの内容	施設に依頼する方法等
①口腔内のたん吸引	
②鼻腔内のたん吸引	
③気管カニューレ内 のたん吸引	
④胃ろうまたは腸ろう による経管栄養	
⑤経鼻経管栄養	

3 医療的ケアに関する主治医の意見書 (別紙)

草加市長

宛て

上記の医療的ケアについて、施設での実施を申し込みます。

年 月 日

保護者氏名

印