

年 月 日

杉並区長 宛

在籍(又は予定)	保育園名	_____	保育園
〃	子供園	_____	子供園
〃	学校名	_____	学校
入会希望学童クラブ		_____	学童クラブ
申請者住所		_____	
保護者氏名		_____	
児童・生徒氏名		_____	
生年月日		_____	

医療的ケア実施申請書

標記の件について、杉並区立施設における医療的ケア実施要綱に基づき、下記のとおり申請します。なお、本申請に当たり、内容確認等が必要な場合は、施設担当者が主治医に連絡することを了承します。

記

1 診断名 _____

2 申請する医療的ケア(詳細は裏面に記入してください。)

- ☐ 間欠導尿
- ☐ 酸素管理
- ☐ ストーマ管理
- ☐ 経管栄養(☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻 ☐ 経鼻経管)
- ☐ 喀痰吸引(☐ 口腔内 ☐ 鼻腔内 ☐ 気管カニューレ内部)
- ☐ 血糖測定及びインスリン療法(☐ インスリン注射 ☐ インスリンポンプ)
- ☐ その他 [_____]

3 申請理由

[_____]

4 医療的ケアが必要になった病気についての経過及び気をつけることをご記入ください。

5 施設で医療的ケアを実施する際の注意点及び日常生活における配慮事項

6 医療機関及び診療科の名称、主治医の氏名

医療機関名	
診療科	
主治医氏名	