**医療的ケア実施申出書**

　　　年　　　月　　　日

　　　札幌市子ども未来局子育て支援部長　様

保護者氏名

保育所等での医療的ケアの実施を希望します。尚、医療的ケアの内容、主治医意見書等に関して、保育所等が主治医と連絡をとること、受け入れの検討を行う際、関係機関に提出書類等の情報共有を行うことに同意します。

**１　医療的ケアの実施を希望する児童**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  児 童 氏 名 |  | 男  ・  女 | 年  齢 | 歳 | 生年  月日 | 年　　月　　日生 |
| 現住所 | 〒 | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | |

**２　保育所等での実施を希望する医療的ケアの内容及び方法等**

　※　該当する『医療的ケアの内容』欄に記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望する医療的ケア | | 保育所等での実施にあたり主治医から指導を受けている  事項、実施箇所、方法等 |
|  | 経管栄養 |  |
|  | 喀痰吸引 |  |
|  | 気管切開部の管理 |  |
|  | 吸入 |  |
|  | 酸素療法 |  |
|  | 血糖測定・インスリン注射 |  |
|  | 人工呼吸器 |  |
|  | 導尿 |  |
|  | その他  （　　　　　　　　　） |  |

**３　在宅生活（医療）の実施歴等**

|  |  |
| --- | --- |
| 在宅生活（医療）を１年以上実施していますか | （　はい　・　いいえ　）  ※該当する方に○を付けてください |
| 最終退院日 | 年　　　月　　　日 |

※１年に満たない場合は、受け入れができないことがあります。

**４　医療的ケアに関する主治医意見書（別紙）**

　※　様式２-１「主治医意見書」及び様式２-２「医療的ケア指示書」を添付してください。