

おのぎきスマイル保育園 園長 宛て

医療的ケア依頼書

1 申込園児について

園児氏名		性別	
生年月日		年齢	歳
住 所			
電話番号			

2 必要とする医療的ケア

医療的ケアの内容		保育園で実施を希望する回数・時間等
喀痰吸引	☐ 口腔内 ☐ 鼻腔内 ☐ 気管カニューレ内部	
経管栄養	☐ 経鼻 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう	
☐ 導尿		
☐ その他()		

上記の医療的ケアについて、保育所での実施を依頼します。

また、医療的ケアの安全な実施及び緊急時の対応等のため、関係機関で必要書類の複写等を行い情報共有が行われることに同意します。

記入日 : 年 月 日

保護者氏名: