秋 田 市 長　　　宛　　　　　　 　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

医療的ケア実施依頼書

　保育施設における医療的ケアの実施について、次のとおり依頼します。

# （様式１　医療的ケア実施依頼書）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | | 生年月日 | | 年　 月　 日生（満　 歳　 か月） | | |
| 住所 | 秋田市 | | | | | | |
| 必要な  医療的ケア | * 口腔内・鼻腔内の喀痰吸引 * 気管カニューレ内の喀痰吸引 * 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 * 経鼻経管栄養 * 導尿 * インスリン注射 * その他（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 保育施設での与薬 | * 必要（具体的な内容を以下に記入）　　□不要   薬剤名、投薬目的、投薬方法について、具体的に御記入ください。 | | | | | | |
| 通院の状況 | 医療機関名 | 診療科名 | | 担当医師名 | | 通院頻度 | 主な通院目的 |
|  |  | |  | | 回/ |  |
|  |  | |  | | 回/ |  |
|  |  | |  | | 回/ |  |
| 療育の状況 | 療育機関名 | 担当者名 | | 通所頻度 | | 主な通所目的 | |
|  |  | | 回/ | |  | |
|  |  | | 回/ | |  | |
| 緊急時の対応 | できるだけ詳しく御記入ください。 | | | | | | |
| 緊急搬送先医療機関名 | | |  | | | |

（依頼にあたっての同意事項）

　１　依頼の内容について、必要に応じて保育施設、秋田市および関係機関の間で情報を共有すること。

　２　依頼の内容について、必要に応じて秋田市が医療機関又は療育機関に聴取すること。

３　保育施設の利用にあたり、保育施設において実施する医療的ケアの内容ならびに提供する保育の内容および時間帯等については、保護者、保育施設、関係機関および秋田市で相談した上で決定すること。

申請保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　児童との続柄