

様式7

記入日： 年 月 日

敦賀市長様

保護者名 \_\_\_\_\_

### 医療的ケアの実施についての依頼書

次の医療的ケアについて、主治医と連携のもとに実施を依頼いたします。

児童名		男・女	生年月日	年	月	日
診断名						

医療的ケアの内容

\*依頼する項目に✓をつけ、( )内の該当する項目に○印、または記入をしてください。

\*「医療的ケア」や「疾患に起因する配慮」については、保育園で対応可能な範囲で実施します。

医療的ケア内容（看護師対応）	疾患に起因する配慮（保育士対応）
<input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻経管栄養・胃ろう・腸ろう） <input type="checkbox"/> 吸引（口・鼻・気管カニューレ内） <input type="checkbox"/> ネブライザー吸入 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器管理 <input type="checkbox"/> 導尿（一部介助・全介助） <input type="checkbox"/> 人工肛門・尿管皮膚ろうの装具交換 <input type="checkbox"/> 血糖測定（自己血糖測定器・持続血糖測定器） <input type="checkbox"/> インスリン注入（ポンプ・ペン型・その他） <input type="checkbox"/> 薬の管理（痙攣中の座薬挿肛は不可）	<input type="checkbox"/> 運動制限 <input type="checkbox"/> 食事対応 <input type="checkbox"/> その他

医療的ケア等の実施について具体的な依頼および注意事項(例：時間・回数・注入量等)
予想される緊急時の状態および対応
【緊急搬送先】 医療機関名
TEL ( )

※この依頼書は、毎年度更新となります。