

## 医療的ケア依頼書

ふりがな

児童氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月 )

### ○施設・事業所に依頼する医療的ケアの内容

経管栄養 ( 経鼻 胃ろう 腸ろう その他 ( \_\_\_\_\_ ) )  
吸引 ( 口腔内 咽頭・喉頭部 経鼻気管内 気管切開 経鼻咽頭エアウェイ内 )  
導尿 ( 自己導尿補助 導尿 )  
血糖管理 ( 血糖測定 インシュリン注入 その他 ( \_\_\_\_\_ ) )  
酸素療法 ( 酸素カヌラ 酸素マスク )  
投薬 ( 経口 注入 座薬 胃ろうより注入 その他 ( \_\_\_\_\_ ) )  
その他 ( 中心静脈栄養 人工呼吸器 その他 ( \_\_\_\_\_ ) )

上記の医療的ケアについて、医療的ケア指示書に基づき、施設・事業者での実施について依頼します。

施設・事業者の利用中に実施する医療的ケアや児童の身体状況の変化等に関して、医療機関及び行政機関での情報共有が行われることに同意します。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者署名 \_\_\_\_\_