

盛岡市長 行
盛岡市福祉事務所長 行

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。

児童氏名		生年月日	年 月 日生 (満 歳 か月)		
住所	盛岡市				
必要な医療的ケア	<input type="checkbox"/> 口腔内・鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 導尿 (看護師による導尿) <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 (内容:)				
保育施設での与薬	<input type="checkbox"/> 必要 (具体的な内容を以下に記入) <input type="checkbox"/> 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/	
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/		
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、盛岡市及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、必要に応じて盛岡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並びに提供する保育の内容及び時間帯等については、保護者、保育施設、関係機関及び盛岡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