# (様式2)

**医療的ケア実施申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男・女 | 生年月日 | 年 　　 月 　　 日生（　　　　　 歳　　　　　か月） |
| 児童名 |  |
| 住所 | 市川市　　　　　　　　　　　　丁目　　　　　　　番　　　　　　号 |
| 連絡先 | 　　　　　　　 （　　歳） | 電話番号 | 続柄 |
| 　　　　　　　(　　歳) | 電話番号 | 続柄 |
| 入園を希望する施設名 | 第1希望 |
| 第2希望 |
| 医療的ケアの内容 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 緊急時の対応 | 依頼する医療的ケア具体的にご記入ください | 予測される緊急時の状況 | 対応や緊急搬送先 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| お子さんの状態 | 該当する項目にチェックしてください |
| * 家庭での生活において健康状態が安定している
* 医療的ケアが日常生活の一部として保護者及びお子さんに定着している
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主治医について　　 | 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 診療科・主治医 |  |

　上記医療的ケアの実施を申し込みます。

　受け入れの検討を行う際、関係機関へ必要書類の提出依頼をすることや必要書類の複写等、

　情報共有が行われることに同意します。

　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日　　　　　　保護者氏名