（様式２）　　（２号・３号）保護者→市　（１号）保護者→教育施設

医療的ケア実施依頼書

あて先（２号・３号）　盛岡市福祉事務所長　行
（１号：施設名）　行

１　対象児童

ふりがな		男・女	生年月日	年　月　日
児童氏名				
住所				
保護者氏　名		連絡先	父	
			母	

２　依頼する医療的ケアの内容及び方法

医療的ケアの項目 （該当するケアの内容に〇で囲んでください。）	保育施設で実施を希望する内容及び方法等
①喀痰吸引	
②経管栄養	
③導尿（自己導尿を除く）	
④インスリン注射（自己注射を除く）	
⑤服薬管理(吸入に使用する薬剤等)	
⑥酸素療法	
⑦気管切開部の管理	
⑧吸入	
⑨人工呼吸器の管理	
⑩その他	

３　通院及び療育等の状況等

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/	
療育等の状況	療育機関名	担当者名	通所頻度	主な通所目的
			回/	
	相談支援事業所名	担当者名	通所頻度	主な通所目的
			回/	
緊急搬送先医療機関名				

※訪問看護を利用している場合は、「通院の状況」に利用している訪問看護事業所名等をご記入ください。

裏面へ続く

（様式２）

４　添付書類　　・（様式１）医療的ケア実施に係る主治医意見書

（申込にあたっての同意事項）

１　依頼の内容について、必要に応じて教育・保育施設、盛岡市及び関係機関の間で情報共有をすること。

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　教育・保育施設の利用にあたり、教育・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教育または保育の内容及び時間帯等については、保護者、教育・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。

上記の医療的ケアの実施について依頼します。

年　　月　　日　　保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿