

(様式1)

医療的ケア実施申請書

令和 年 月 日

福岡市立南福岡特別支援学校長 様

保護者氏名 印

福岡市立特別支援学校・医療的ケア支援体制整備・運営要綱の定めるところにより、医療的ケアの実施を下記のとおり申請します。

記

1 児童生徒
部 学年 氏名

2 理由

3 実施を依頼する医療的ケアの内容・範囲，手技

- 吸引（ 口腔 鼻腔 気管 ）
- 注入（ 経鼻胃管 胃ろう 腸ろう ）
- 導尿
- 酸素管理
- その他（ ）

4 健康状態・定期的受診の状況

健康状態・・・

主治医・・・（ ）病院（ ）先生

定期受診状況・・・

5 前回の医療的ケア実施（継続申請の場合に記入）

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

記入例

(様式1)

医療的ケア実施申請書

令和 年 月 日

福岡市立南福岡特別支援学校長 様

押印をお忘れなく
お願いします

保護者氏名 印

福岡市立特別支援学校・医療的ケア支援体制整備・運営要綱の定めるところにより、医療的ケアの実施を下記のとおり申請します。

来年度の学部、学年で
記入してください

記

1 児童生徒

部

学年

氏名

2 理由

例：〇〇が難しいため

3 実施を依頼する医療的ケアの内容・範囲、手技

- 吸引 (口腔 鼻腔 気管)
- 注入 (経鼻胃管 胃ろう 腸ろう)
- 導尿
- 酸素管理
- その他 (例：薬液吸入における薬液管理)

該当する口にチェック
吸引注入は該当項目を○で囲んでくだ
さい。

4 健康状態・定期的受診の状況

健康状態・・・ 例：良好

主治医・・・ (〇〇) 病院 (〇〇) 先生

定期受診状況・・・ 例：月に1回

5 前回の医療的ケア実施 (継続申請の場合に記入)

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日