



令和 年度 医療的ケア相談票

在校生保護者記入用

記入日	令和 年 月 日	記入者名			続柄
①ふりがな お子様の名前		男 女	生年 月日	平成 年 月 日生 ( 歳)	
②ふりがな 保護者 (世帯主) の名前		続柄	電話	(自宅) (携帯) 連絡が付きやすい番号 (続柄 )	
③ 現 在 籍	特別支援学校 学部 年				
④ 医 療 的 ケ ア に 関 す る 状 態 等	診断	診断 (障がい) 名 ※医療的ケアに関する診断	診断機関 (病院等) 名	診断時期	
	服薬	無 ・ 有 (服薬中の薬の名前: )			
必要な 医療的 ケア	<p><b>*医療的ケアとは、『日常的に行われる医療行為』のことであり、退院直後の一時的なケアや救急救命措置は含みません。</b></p> <p>※新たに学校看護師による対応が必要な医療的ケア (申請分) について、ご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> たんの吸引    <input type="checkbox"/> 吸入    <input type="checkbox"/> 経管栄養    <input type="checkbox"/> 導尿</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>※すでに学校看護師が実施している医療的ケアについて、ご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> たんの吸引    <input type="checkbox"/> 吸入    <input type="checkbox"/> 経管栄養    <input type="checkbox"/> 導尿</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p><b>【主治医等】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主に医療的ケアの指示書を発行を依頼する主治医 主治医：    病院名：    診療科等：</li> <li>・医療的ケアに関する主治医が複数いる場合に記入してください。 主治医：    病院名：    診療科等：</li> <li>・その他かかりつけ医がいる場合は記入してください。 かかりつけ医：    病院名：    診療科等：</li> </ul>				
⑤ 障 が い ・ 病 歴	◎ 上記診断名以外で、障がい、申請する医療的ケアに関連する大きな病気、手術歴等ありましたら記入してください。				
⑥ そ の 他	◎ 学校看護師による医療的ケアについて相談されたいことがある場合は記入してください。				

注1 文字ははっきり書いてください。

注2 該当する項目の□をチェックし、必要事項を記入してください。

注3 就学先変更の可能性がある場合は、様式2-3 (就学相談票) で、申し込んでください。