（様式２）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（保護者→市）

医療的ケア実施申請書

南陽市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

保護者氏名

住　　　所

連　絡　先

１　医療的ケアの実施を申請する児童

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  児童氏名 |  | | 男  女 | 生年月日 | 年　　月　　日（　　　　歳） |
| 電話番号（日中連絡が取れる番号） | |  | | | |

２　実施施設に依頼する医療的ケアの内容及び方法（該当するケアの内容に✓してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療的ケアの内容 | 実施の有無 | 指示内容及び配慮事項 |
| 吸 引 | □ 有　□　無 | 部 位 　□口腔内　□鼻腔内　□気管カニューレ内  カテーテルサイズ(Fr) (　　　　　　　　　　Fr　　　)  回 数 　約 回／日  吸引圧　(　　　　　　　　)挿入長さ(　　　　　　) |
| 酸素吸入 | □ 有　□　無 | 部位　□鼻腔カニューレ　□経鼻咽頭エアウェイ  　　　□酸素マスク　□気管カニューレ  □常時　流量（ ㍑／分）  □随時　流量（ ㍑／分）目安(　　　　　　　　)  □機器　(酸素ボンベ・酸素濃縮器) |
| 噴霧吸入 | □ 有　□　無 | □定時  □随時(体調変化等)　目安(　　　　　　　　　　　　　)  薬剤名・量(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 経管栄養 | □ 有　□　無 | □鼻腔　□胃瘻　□腸瘻　□その他(　　　　　　　　　　)  チューブの種類(　　　　　　)　太さ(　　　　　　　Fr)  長さ(　　　　　　　㎝)　固定水(　　　　　　　　　ml)  注入内容  □栄養　時刻(　　　)　栄養剤名・量(　　　　　　　　)  □薬　　時刻(　　　)　薬剤名・量(　　　　　　　　　)  □水分　時刻(　　　)　量(　　　　　　　　　　　　　) |
| 導 尿 | □ 有　□　無 | □導尿の実施　□自己導尿の補助・援助  回数(　　　　　　時間毎　)  カテーテルサイズ(Fr)（　　　　Fr）挿入の長さ(　　　　　㎝　) |
| 気管切開 | □ 有　□　無 | □人工鼻着脱　□ガーゼ交換　□気管カニューレ状態確認  術式　□単純気管切開　□喉頭気管切開  　　　□その他(　　　　　　　　　　)  気管カニューレ　サイズ(　　　　)　カフ　□有　□無 |
| 人工呼吸器 | □ 有　□　無 | 自発呼吸　□有(状態　　　　　　　　)　□無  人工呼吸器　種類(　　　　　　　　)　型式(　　　　　　)  換気回数　　　回/分　設定条件(　　　　　　　　　　　 )  酸素吸入　□なし　□あり　流量（ ㍑／分） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療的ケアの内容 | 実施有無 | 指示内容及び配慮事項 |
| 発作対応 | □ 有　□　無 | □てんかん　□喘息　□その他( )  発作の状態(発作型・頻度・重積等)  (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  薬剤名・量( )  発作時の対応  (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| その他 | □ 有　□　無 | その他のケア(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 保育所等での  生活上の注意  及び配慮事項  並びに活動の  制限等 |  | |

３　予想される緊急時の対応

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療的ケアの内容 | 予想される緊急時の対応 | 対応・緊急搬送先 |
|  |  |  |