様式第１（第４条関係）

学校における医療的ケア実施申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　岩倉市教育委員会　殿

　　　　　　　　　　　　　　　 児童生徒氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　（生年月日　　年　　月　　日）

保護者氏名

　上記児童生徒等について、岩倉市立小中学校医療的ケア支援事業実施要綱の定めるところにより、下記の学校における医療的ケアの実施について、別紙「学校における医療的ケアに関する主治医意見書」を添えて申請します。

　また、学校における医療的ケアに関する内容等について、必要に応じて学校が主治医と連絡をとることについて同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療的ケアの  種類  ※□にチェックしてください。 | □痰の吸引（　□口腔内　□鼻腔内　□気管切開部　）  □経管栄養（　□鼻腔　　□胃ろう　□腸ろう　）  □導尿  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実施内容・手順  ※どういう場合にどのように行うかについて、主治医と相談の上、記入してください。 |  |
| 予想される  緊急時の対応 |  |
| 緊急連絡先 | ①氏名　　　　　　（続柄　 　）電話番号  ②氏名　　　　　　（続柄 　　）電話番号 |
| 主治医の情報 | 氏　　　名：  医療機関名：  所　在　地：  電 話 番 号： |

記

様式第２（第４条関係）

主治医指示書

　学校における医療的ケアを要する児童生徒について、下記のとおり指示します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童生徒氏名 |  | 生年月日 |  | 性別 |  |
| 診断名 |  | | | | |
| 投与中の薬剤の用法及び用量 |  | | | | |
| 医療的ケアに係る指示 |  | | | | |
| 緊急時の対応 |  | | | | |
| 学校生活上での注意事項 |  | | | | |

　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　医　師　名