

# 医療的ケア実施依頼書

令和 年 月 日

施設長 様

施設名 \_\_\_\_\_

児童氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

上記児童の医療的ケアについて、\_\_\_\_\_で従事される看護師(又は認定特定  
行為業務の資格がある保育士)によって、実施して下さるよう依頼します。

## 1 依頼する医療的ケアの内容

- 吸引 (  口腔鼻腔内の吸引  気管カニューレ内の吸引  気管切開部の衛生管理 )  
 吸入  酸素療法  経管栄養  導尿  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 2 理由

## 3 児童の健康状態 (現在及び通常の状態)

## 4 主治医・医療機関

医療機関名 \_\_\_\_\_

主治医氏名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_