【様式２】　　　　　　　　　　　　　　　学校等　→　＊保護者　→　学校等（写し保管）→　教育委員会

**医療的ケア依頼書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学年 | 幼児児童生徒名 | 性別 | 年齢 | 生年月日 |
| 　年　 |  |  | 歳　 | 年　　月　　日 |
| 現住所 | 〒加東市 | 電話番号 | （緊急１）　　－　　　－〔本人との関係：　　　　　　　〕（緊急２）　　－　　　－〔本人との関係：　　　　　　　〕 |
| 保護者名 |  |

※電話番号は、携帯電話など緊急時に連絡を取ることのできる電話番号を記載してください。

※保護者(申請者)以外の方の電話番号の場合は、電話番号欄にその方の名前を記載してください。

**学校等に依頼する医療的ケアの内容**

依頼する項目に✓をつけ(　)内の該当する項目に〇又は記入して下さい。

□　痰の吸引(　口 ・鼻 ・気管カニューレ内　)

□　経管栄養(　経鼻栄養・胃ろう・腸ろう　)

□　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

**予想される緊急時の対応**(保護者記入)　　該当する項目に必要事項を記入して下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依頼する医療的ケア | 予想される緊急時の状態(病院受診を必要とする状態)※過去の緊急事態があれば、それを踏まえて記入願います。 | 対応・緊急搬送先 |
|  |  | ℡ |
|  |  | ℡ |

加東市教育委員会　宛

　加東市立学校等における医療的ケアの実施を希望するにあたり、提供した個人情報について、加東市発達サポートセンターが保管・集約し、加東市教育委員会医療的ケア運営協議会設置要綱第１条に規定する協議等において情報を共有することに同意します。

また、「加東市立学校等における医療的ケア実施体制ガイドライン」の説明を受け、その内容及び下記の保護者の役割を了承し、上記のとおり医療的ケアの実施を依頼します。

1. 常に連絡が取れる体制を整え、学校等から連絡があった場合は速やかに対応する。
2. 医療的ケアの実施に必要な医療機器及び消耗品等を準備し、点検、整備及び管理等を行う。
3. 登校園時等に、医療的ケア児の健康状態について、学級担任や養護教諭、看護師等に知らせる。
4. 定期的に主治医の診察を受け、その結果や指示を学校等に報告する。
5. 学校等が必要と判断する場合や校園外学習及び宿泊を伴う校園外行事等で看護師等が不在の場合は付き添い、医療的ケアの実施にあたる。
6. 学校等が医療的ケアの実施において安全に実施できることが確認できるまで、保護者が付き添う。

年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者名