（医ガ様式１）

医療的ケア実施申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　平成　　年　　月　　日

　島根県立　　　　　　　学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　印

　このたび、島根県立　　　　　　学校において、医療的ケアの実施を依頼したく、主治医意見書及び診療情報提供書を添えて、下記のとおり申請します。

記

 １．児童生徒　 　　　　　部　　 　　年 氏名

 ２．依頼する医療的ケア

 （１）

 （２）

 （３）

 （４）

 （５）

 ３．主治医について

 （１）主治医氏名

 （２）病院・医院名

　　　　　　（診療科名）

 （３）病院・医院住所

　　　　　　（電話番号）

（医ガ様式２）

主治医意見書

 島根県立　　　　　　　学校長　様

　先に、保護者から依頼のありました該当児童生徒に対する実施可能な医療的ケアに

ついては下記のとおりです。

記

　１．児童生徒氏名

　２．医療的ケアの内容と指示

|  |  |
| --- | --- |
| 内　容 | 指示及び留意事項 |
|  |  |

 平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医　　　　　　　　　　　　 　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 学校医確認 |  |

※診療情報提供書を添付すること

（医ガ様式３）

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 平成　　年　　月　　日

　島根県立　　　　　学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 学校医　　　　　　　　　 　　印

医療的ケア指示書

 　下記の児童生徒に係る医療的ケアについて、実施可能なケアを決定したので通知

　します。

記

 　　 １．児童生徒氏名

 　　 ２．医療的ケアの内容と範囲

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療的ケアの内容 | 実施者氏名 | 学校看護師等実施者への指示内容 | 備　　考 |
|  |  |  |  |
|

（医ガ様式４）

 　 ○○○　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　島根県立　　　　　学校長　印

医療的ケア決定通知書

 平成　　年　　月　　日付けで申請のありました医療的ケアの実施について、下記のとおり決定いたしました。

記

 １．児童生徒氏名

 ２．医療的ケアの内容と範囲

 主治医意見書（様式２）写 、医療的ケア指示書（様式３）写 による。

 ３．医療的ケアの実施者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　教員　・　学校看護師　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　教員　・　学校看護師　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　教員　・　学校看護師　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　教員　・　学校看護師　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　教員　・　学校看護師　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　教員　・　学校看護師　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　教員　・　学校看護師　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　教員　・　学校看護師　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　教員　・　学校看護師　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　教員　・　学校看護師　）

 ４．医療的ケア実施期間

平成　　年　　月　　日　　～　　平成　　年　　月　　日まで

（医ガ様式５）

承諾書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　平成 年　　月　　日

島根県立　　　　学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学部　　第　　　　学年

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　児童生徒氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　印

 平成　　年　　月　　日付け ○○○第　　号で決定通知のありました医療的ケアの、内容・範囲、実施者、実施期間について承諾いたします。