

県立つくば特別支援学校長 殿

部・学年 ○○ 部 ○ 年

児童生徒氏名 ○○ ○○○

保護者氏名 ○○ ○○ (自署)

医療的ケアの実施について（申請）

茨城県教育委員会医療的ケア支援事業実施要項の定めるところにより、医療的ケアを実施して下さるよう、下記のとおり申請します。

なお、下記の主治医と相談の上、申請したことを申し添えます。

また、医療的ケアにかかわる内容について、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いたします。

記

例を参考に記入してください。

1 主治医名

(1) 病院名

○○○○病院

(2) 主治医名

○○ ○○

2 依頼する理由

健康維持のため、 安全に学校生活を送るため、
経口摂取が困難なため、 自力排痰が困難なため、
3 時間おきに導尿が必要なため など

3 依頼する医療的ケアの内容

経鼻経管からの水分・栄養注入、 胃ろうによる水分・栄養注入
痰の吸引（口腔・鼻腔内、気管カニューレ内）、 気管切開部の管理
酸素吸入、 薬液吸入
導尿 など

4 健康状態

良好

5 主治医承諾の有無及び参考意見等

有

6 その他

特になし