

医療的ケア実施解除依頼書

令和 年 月 日

(施設名)

(施設長名) 様

保護者氏名 _____ ※

※自署または記名押印

下記のとおり、医療的ケアの実施を解除してください。主治医の意見は、別紙主治医意見書のとおりです。

記

児 童 名	年 齢	歳	生 年 月 日	年 月 日 生
住 所				
実 施 を 解 除 す る 医 療 的 ケ ア	医療的ケアの内容	解除となる理由		
	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (口腔・鼻腔・気管切開部)			
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう)			
	<input type="checkbox"/> 導尿 (一部介助・完全介助)			
	<input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載)			