医療的ケア解除に係る主治医意見書

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 主治医 | 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 医師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　(自署または記名押印) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童名 |  | 生年月日 | 　年　　月　　日生 |
| 解除できる医療的ケア |  |
| 解除後の留意事項 |  |
| その他 |  |