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 |
| □ 喀痰吸引　（口腔・鼻腔・気管切開部） |  |
| * 経管栄養

　（経鼻・胃ろう・腸ろう） |  |
| * 導尿

　（一部介助・完全介助） |  |
| * その他（具体的に記載）
 |  |