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） | |  | | | | |