

第7号様式

※様式内の「医療的ケア等」の記載には、「小児慢性特定疾病児童等への医療行為及びその他必要な行為」を含みます。

医療的ケア等実施解除依頼書

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、医療的ケア等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等	医療的ケア等の内容	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)				