（別紙様式１　西宮市立西宮支援学校用）

西宮市教育委員会　様

西宮市立西宮支援学校長　　様

医療的ケア実施依頼書

西宮市立西宮支援学校における医療的ケア実施要領の定めるところにより、貴校看護師に下記の事項を依頼します。

記

児童生徒名

１　意見内容（依頼内容）必要な事項にチェックし、必要に応じて内容等記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療的ケア等の内容 | ケア実施における留意点（保護者が気をつけておられるところなどがあればお知らせください。）　注入スケジュール等は裏面にご記入ください。 |
| 吸引  □　口腔内  □　鼻腔内  □　気管カニューレ内 |  |
| 経管栄養  □　経鼻腔  □　経胃ろう  □　経腸ろう  □　その他（　　　　　　　　　） |  |
| 薬液吸入  □　定時の吸入  □　体調の変化による吸入 |  |
| てんかん発作時の投薬  □　坐薬  □　内服  □　その他 |  |
| その他の医療的ケア及び連絡事項  例：導尿、浣腸、酸素吸入、人工呼吸器（CPAP含む）等 |  |

２　医療的ケアの実施を依頼する期間

　令和６年（２０２４年）４月　８日　　　～　　　令和７年（２０２５年）４月　７日

令和　　年（　　　年）　　月　　日　　　　　　　　　保護者名

〈１日のケアスケジュール〉　　　　　（　　　　）部（　　）年　名前（　　　　　　　　　　　　　）

宿泊行事の参考にしますので、お手数ですが自宅での夜間等の医療的ケアもご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ケア内容 | | | | |
| 注入（注入剤の種類、薬品名、量、所要時間、水分量）導尿、浣腸、酸素療法、人工呼吸器（CPAP、BiPAP含む）、  吸引（口、鼻、気管）、薬剤吸入、エアウェイ挿入等のケア内容をご記入ください。 | | | | |
| 時　間 | | 注　入 | 内服薬 | その他ケア |
| 朝 |  |  |  |  |
| 学校 |  |  |  |  |
| 夕 |  |  |  |  |
| 夜間  21時～ |  |  |  |  |