

(医療的ケア様式Ⅰ 新規申請) **記入例・説明(保護者記入)**

医療的ケア実施申請書

令和5年〇月〇日

福岡市教育委員会
発達教育センター所長
(学校長)

※新入生の場合、就学相談後、教育委員会から就学先の学校に送付します。

保護者氏名 **天神 真一 印**

福岡市立特別支援学校医療的ケア支援体制整備・運営要綱及び福岡市立小中学校医療的ケア支援体制整備・運営要綱の定めるところにより、医療的ケアの実施を下記のとおり申請します。

記

1 児童生徒

小学 1 学年 氏名 天神 太郎
(在学中・**入学予定**)

2 理由

学校生活を送るうえで、看護師による導尿の医療的ケアが必要なため。

※在校生で、年度途中で医療的ケアが必要となった場合、その経緯等についてお書きください。

3 実施を依頼する医療的ケアの内容・範囲、手技

在校時間中 1 日 2 回、3～4 時間毎の導尿の実施

※児童生徒が在籍する時間に、日常的に、学校看護師が実施する必要がある医療的ケアについてお書きください。

4 健康状態・定期的受診の状況

- ・〇年〇月 **感染症のため 2 週間ほど入院したが、現在は健康状態良好。**
- ・〇〇大学病院 **泌尿器科 月 1 回受診**

※必要に応じて、緊急時の対応や配慮点があれば、お書きください。