

(様式2)

令和 年 月 日

徳島県立みなと高等学園校長 殿

保護者氏名 _____ 印

医療的ケア実施依頼書

次に示す医療的ケアの実施を依頼したく、保護者の役割における留意事項に同意の上、主治医指示書を添えて申請いたします。

つきましては、医療的ケアが必要な場合は、主治医指示書（様式1）のとおり対応していただけますようお願いいたします

1 _____ 科 _____ 年 _____ 氏名 _____

2 実施にあたり留意する点

3 学校における医療的ケアを依頼する期間

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日

4 保護者の役割における留意事項

- (1) 看護師が不在の場合は、保護者が医療的ケアを実施します。
- (2) 毎日の子どもの健康状態を連絡帳等で学校に知らせます。
- (3) 定期的に、主治医による検診を受け、学校に連絡します。
- (4) 緊急時の連絡先をあらかじめ知らせ、連絡があった場合は速やかに対応します。
- (5) 緊急時対応の体制を整えるため、医師の指示を仰いで学校に伝えます。
- (6) 必要な医療機器、医療用具、消耗品等は原則として保護者が準備し、点検・整備を行います。
- (7) 医療的ケアに関する経費（医療機関に対する診療報酬及び文書料等）については保護者が負担します。