（様式１）

令和　　年　　月　　日

滋賀県立　　　養護学校長

保護者名　　　　　　　　　　　　　印

医療的ケア実施申請書

県立特別支援学校における医療的ケア実施要項の定めるところにより、貴校の看護師による医療的ケアの実施を下記のとおり申請します。

記

１　　　　　　　部　　　年　　　　　　　児童生徒名

２　医療的ケアの内容

３　主治医について

1. 主治医名
2. 病院・医院名
3. 病院・医院住所

（様式２）

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　様

滋賀県立　　　養護学校長　印

医療的ケア決定通知書

医療的ケア実施申請書に基づき検討した結果、下記のとおり決定しましたのでお知らせします。

記

１　　　　　　部　　　年　　　　　　　児童生徒名

２　医療的ケアを実施します。

３　学校医の意見

学校医名　　　　　　　　　　　　　印

（様式３）

令和　　年　　月　　日

様

滋賀県立　　　養護学校長　印

医療的ケア決定通知書

医療的ケア実施申請書に基づき検討した結果、下記のとおり決定しましたのでお知らせします。

記

１　　　　　　　部　　　年　　　　　　　児童生徒名

２　医療的ケアは実施できません。

３　実施できない理由

４　学校医の意見

学校医名　　　　　　　　　　　　　印

（様式４）

令和　　年　　月　　日

滋賀県立　　　養護学校長

保護者名　　　　　　　　　　　　印

医療的ケア実施依頼書

県立特別支援学校における医療的ケアの実施について、主治医の指示書を添えて下記のとおり依頼します。

なお、医療的ケアの実施に際しては、県立特別支援学校における医療的ケア実施要項に定める保護者の役割等について遵守します。

記

１　　　　　　　部　　　年　　　　　　　児童生徒名

２　医療的ケアの内容

３　主治医について

1. 主治医名
2. 病院・医院名
3. 病院・医院住所・電話番号

（様式６）

令和　　年　　月　　日

様

滋賀県立　　　養護学校長　印

医療的ケアの（中断・中止）通知書

下記児童（生徒）に対する医療的ケアの実施を（中断・中止）します。

記

１　　　　　　　部　　　年　　　　　　　児童生徒名

２　理　　由

３　（中断・中止）期間

　　令和　　　年　　　月　　　日　から　令和　　　年　　　月　　　日　まで

４　再開するための条件

５　学校医の意見

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校医名　　　　　　　　　　　　　印

（様式７）

令和　　年　　月　　日

滋賀県立　　　養護学校長

保護者名　　　　　　　　　　　　印

医療的ケアの（中断・中止）届

下記児童（生徒）に対する医療的ケアの実施を（中断・中止）してくださるようお届けします。

記

１　　　　　　　部　　　年　　　　　　　児童生徒名

２　理　　由

３　（中断・中止）期間

　　令和　　　年　　　月　　　日　から　令和　　　年　　　月　　　日　まで