

様式1 (裏面)

《医療的ケア継続実施確認、内容の変更・追加欄》

保護者用

<input type="checkbox"/> 医ケアの内容に変更ありません <input type="checkbox"/> 医ケア内容変更・追加有り ()	平成 年 月 日 保護者氏名 印
<input type="checkbox"/> 医ケアの内容に変更ありません <input type="checkbox"/> 医ケア内容変更・追加有り ()	平成 年 月 日 保護者氏名 印
<input type="checkbox"/> 医ケアの内容に変更ありません <input type="checkbox"/> 医ケア内容変更・追加有り ()	平成 年 月 日 保護者氏名 印
<input type="checkbox"/> 医ケアの内容に変更ありません <input type="checkbox"/> 医ケア内容変更・追加有り ()	平成 年 月 日 保護者氏名 印

この依頼書は3年間使います。

医療的ケアの継続実施について、次年度以降の確認欄にチェックを入れ、サインの上へ提出ください。

途中で医療的ケア内容の追加・変更がある場合は内容を記載の上、ご提出ください。

様式 2 (裏面)

《医療的ケア継続実施確認、内容の変更・追加欄》

医師用

<input type="checkbox"/> 医ケアの内容に変更ありません <input type="checkbox"/> 医ケア内容変更・追加有り ()	平成 年 月 日 医師名 _____ 印
<input type="checkbox"/> 医ケアの内容に変更ありません <input type="checkbox"/> 医ケア内容変更・追加有り ()	平成 年 月 日 医師名 _____ 印
<input type="checkbox"/> 医ケアの内容に変更ありません <input type="checkbox"/> 医ケア内容変更・追加有り ()	平成 年 月 日 医師名 _____ 印
<input type="checkbox"/> 医ケアの内容に変更ありません <input type="checkbox"/> 医ケア内容変更・追加有り ()	平成 年 月 日 医師名 _____ 印

この意見書は3年間使います。

医療的ケアの継続実施について、次年度以降の確認欄にチェックを入れ、サインの上へ提出ください。

途中で医療的ケア内容の追加・変更がある場合は内容を記載の上、ご提出ください。