

【学校用】

医療的ケア児を受け入れている学校・保育園等看護師への
支援看護師派遣依頼票

横浜在宅看護協議会 御中

下記のとおり、支援看護師の派遣を依頼します。 令和 年 月 日

依頼者	学校名			
	所在地	横浜市 区		
	連絡先	電話: メール: 連絡調整担当者		
	看護師氏名①	e ラーニング受講 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	看護師氏名②	e ラーニング受講 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
看護師氏名③	e ラーニング受講 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
派遣に対する 校長同意	同意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 調整中 <input type="checkbox"/> なし	氏名		
医 ケ ア の 状 況	現在施設内で 実施している医 ケア	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部) <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻、胃ろう、腸ろう) <input type="checkbox"/> 導尿(看護師の技術指導を必要とする自己導尿を含む) <input type="checkbox"/> インシュリン自己注射、血糖測定等 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他()		
派遣 依頼 内容	派遣依頼事項 (具体的に)	【相談・支援を依頼したい内容】 【派遣を希望する曜日・時間帯など】※派遣時間は 90 分以内		
	依頼内容に関する 対象児の状況 (個別に関する ことでない場合 は記入不要)	年齢・性別	年齢(歳) 性別(男・女)	
		診断名		
		医ケアの状況		
		訪問看護 ステーション	<input type="checkbox"/> 利用あり(名称:) ※利用されている訪看事業所に支援看護師が在籍している場合は 利用事業所から支援看護師を派遣予定です。 <input type="checkbox"/> 利用なし	
	保護者同意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
タ コ ク エ ア 児 者 等	現在またはこれまでに相談をした ことがありますか	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	今回の派遣についての情報共有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		