

【障害福祉施設（生活介護事業所・日中一時支援施設等）用】

医療的ケア児・者を受け入れている施設看護師への
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	施設名称 種別	□生活介護事業所 □日中一時支援施設 □その他()	
	所在地 連絡先	横浜市 区 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 □あり □なし	
	看護師氏名②	e ラーニング受講 □あり □なし	
	看護師氏名③	e ラーニング受講 □あり □なし	
	派遣に対する 施設長同意	同意 □あり □調整中 □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	□喀痰吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部) □経管栄養(経鼻、胃ろう、腸ろう) □導尿(看護師の技術指導を必要とする自己導尿を含む) □インシュリン自己注射、血糖測定等 □人工呼吸器 □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・者の 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	□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。 □利用なし
	保護者同意	□あり □なし	
タ コ ク エ ア 児 者 等 に 関 する	現在またはこれまでに相談をした ことがありますか	□あり □なし	
	今回の派遣についての情報共有	□可 □不可	