

利用希望

エントリーシート

記入日： 年 月 日

|   |   |      |                   |  |
|---|---|------|-------------------|--|
| ふりがな  |   | 性別   | 生年月日              |  |
| 利用児氏名   |   |      | 年 月 日             |  |
| ふりがな  |   | 続柄   | 連絡先 ※日中連絡がつきやすい番号 |  |
| 保護者氏名   |   |      |                   |  |
| 住所  | 〒 -<br>文京区<br>TEL： - - (※上記以外の連絡先がございましたらご記入ください)                       |      |                   |  |
| 利用希望日時  | 第1希望： 月・火・水・木・金 : ~ :<br>第2希望： 月・火・水・木・金 : ~ :<br>第3希望： 月・火・水・木・金 : ~ : |      |                   |  |
| 送迎希望  | 有 ・ 無   | 送迎場所 | 自宅 ・ 学校           |  |
| 医療的ケアの項目（人工呼吸器、腹膜透析を除く）   |   |      |                   |  |
| <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> エアウェイ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入<br><input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 経鼻腸管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻<br><input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 尿道留置 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 人工肛門<br><input type="checkbox"/> その他 _____ |   |      |                   |  |

【提出先】

医療的ケア児支援ルームひまわり

〒113-0033 文京区本郷1丁目1番19号

元町ウェルネスパーク東館1階