

医療的ケア児支援ルームひまわり

令和8年度新規利用希望

エントリーシート

記入日： 令和7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	〒 - 文京区 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	：	～	：	
	第2希望： 月・火・水・木・金	：	～	：	
	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 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 経鼻腸管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <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"/> その他 _____					

令和7年11月28日（金）

医療的ケア児支援ルームひまわり 必着