

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	〒 ー 文京区 TEL： ー ー （※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）				
<div><div><input type="checkbox"/>気管切開</div><div><input type="checkbox"/>経鼻胃管</div><div><input type="checkbox"/>導尿</div><div><input type="checkbox"/>その他_____</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>エアウェイ</div><div><input type="checkbox"/>経鼻腸管</div><div><input type="checkbox"/>尿道留置</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>酸素療法</div><div><input type="checkbox"/>胃瘻</div><div><input type="checkbox"/>膀胱瘻</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>吸引</div><div><input type="checkbox"/>腸瘻</div><div><input type="checkbox"/>腎瘻</div></div> <div><div><input type="checkbox"/>吸入</div><div><input type="checkbox"/>人工肛門</div></div>				

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