（電子メールの場合、下記事項をメール本文に記載し、お送りいただいても構いません。）

通 院 支 援 利 用 申 込 書

■ 支援を希望するものに〇を付けてください

1 運転手派遣　　2 訪問看護師付添い

■ 下記欄の記入をお願いします ※ ご記入いただきました個人情報につきましては、当該事業にのみ使用し、それ以外の目的に使用したり、第三者に提供したりといったことはいたしません。

お子さんのご氏名		保護者のご氏名	
お子さんの生年月日		お子さんの性別	
ご自宅住所			
通院先の病院名 ※記載した機関への通院のみ利用できます。漏れがないよう記入ください。 ※所要時間は家を出てから帰宅するまでの概ねの時間を記入してください。	①　（所要時間約　　時間）		
	②　（所要時間約　　時間）		
	③　（所要時間約　　時間）		
	④　（所要時間約　　時間）		
お子さんの疾病名			
必要な医療的ケア ※該当項目に〇を付けてください	吸引・経管栄養・人工呼吸器・酸素療法・気管切開・導尿 中心静脈栄養・人工肛門 その他（　　）		
訪問看護事業所 ※訪問看護師の付添いを希望する場合記入してください。	事業所名		
	事業所は通院支援に【対応可・対応不可・確認していない】 ※いずれかに〇をつけてください。		
	【事業所の担当者名　　】【連絡先　　】		
ご連絡先	ご希望の連絡手段をご記入ください（電話又は電子メール） ※電話の場合、ご希望の連絡時間帯がありましたらご記入ください （　　）		
通院状況	※ 「●分毎に吸引が必要」、「付き添ってくれる家族がいない」等、できるだけ詳しく記載してください。		
備考欄			