相談機関用　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

**依　頼　書**

下記により、青森県小児在宅支援センターによる支援等を依頼します。

１　対象児について

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 年齢 | 歳 |
| 住所（市町村名） |  |
| 医療的ケアの状態 | 経管栄養　導尿　　　気管切開  吸引　　　在宅酸素　人工呼吸器  その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

２　依頼内容

新規児童受入のための相談　　　　　　　在宅移行に関する相談

医療的ケアの対応の見直しに関する相談　治療方針に関する相談

医療機器導入・手技に関する相談　　　　日常生活・環境整備に関する相談

就学に関する相談　　　　　　　　　　　成人期への移行に関する相談

会議参加依頼　　　　　　　　　　　　　講師派遣依頼

その他

※依頼内容及び相談希望日等ありましたら下記に具体的に記載してください。

３　依頼者

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼機関名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mailアドレス |  |
| 担当者職名 |  |

４　個人情報の取扱いについて

　対象児の保護者に別添「青森県小児在宅支援センター業務に係る個人情報保護方針」

を説明し、個人情報の取扱いについて同意を得ました。

対応方針【センター記載欄】