医療的ケア児支援ルームひまわり
令和９年度新規利用希望

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	〒　　－ 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）		
利用目的			
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　　：　　～　　：		

➢ 医療的ケアの項目（人工呼吸器を装着している方、腹膜透析を行っている方を除く）

□気管切開　□エアウェイ　□酸素療法　□吸引　□吸入
□経鼻胃管　□経鼻腸管　□胃瘻　□腸瘻
□導尿　□尿道留置　□膀胱瘻　□腎瘻　□人工肛門
□その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

➢ 送迎

送迎希望　：　□　有　／　□　無
送迎希望場所　：　□　ご自宅　／　□　学校（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

※送迎はご希望に添えない場合がございます。予めご了承ください。

※ 文京区および関係機関と情報共有を行うことがございます。予めご了承ください。

※ お子さんの状況や医療的ケアの内容等について、文京区および医療的ケア児支援ルームひまわりと事前に十分に相談を行い、安全な受け入れが可能であると判断された場合に利用できます。

令和８年 11 月 27 日（金）必着

【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