

別紙 1

医療的ケア児の在宅医療に関わる際の条件 ※ 該当する項目に☑してください。

※登録していただいた内容を「医療的ケア児かかりつけ医協力医療機関一覧」に掲載し福山市ホームページ上で公開します。

☐ ← 公開を希望されない場合は、こちらに☒してください。

<p>【研修参加への意向】</p> <p>医療的ケア児かかりつけ医登録制度をすすめていくにあたり、医療的ケア児在宅医療に関する研修を計画しています。研修への参加の有無をお聞かせください。また、学びたい内容があればご記入ください。</p>			
研修への参加意向	<input type="checkbox"/> 参加したい	<input type="checkbox"/> 内容によっては参加したい	<input type="checkbox"/> 参加したくない（参加する必要がない）
学びたい内容があればご記入ください。	<input type="checkbox"/> 乳幼児予防接種 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 発達障がい <input type="checkbox"/> その他（自由記載）		