

主治医意見書

(ふりがな) 児童氏名			男・女	受診 状況	<input type="checkbox"/> 定期
生年月日	年 月 日	年齢	歳		<input type="checkbox"/> 不定期
診断名					
必要な医療的ケア	<hr/> 保育所等での実施に差支え 有・無 (いずれかに○)				
必要な医療的ケアの 内容と頻度					
将来的な見通し (疾患に伴う手術の必要性や医 療的ケアが終了する見込みな ど)					
服薬状況 (処方箋添付可)	<input type="checkbox"/> 有 (【内容】) <input type="checkbox"/> 無				
呼吸状態	[呼吸障がい] <input type="checkbox"/> 有 (【内容】) <input type="checkbox"/> 無				
摂食・嚥下の状態	[嚥下の状況] <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし [誤嚥の有無] <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [経口摂取] <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可 [水分・食事の 摂取形態] <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ必要 <input type="checkbox"/> その他 ()				
排尿・排便状態	[排尿・排便障がい] <input type="checkbox"/> 有 (【内容】) <input type="checkbox"/> 無				
運動機能・ADLの状態	※座位保持が可能か、自力移動が可能か、ADLに関する自立状況等				
コミュニケーション	※意識状態やコミュニケーションに関する状況等				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 (【内容】) <input type="checkbox"/> 無				

けいれん発作の状態	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	[発作の様子・頻度]
	[発作時の対応]
	[救急搬送の目安]
予想される緊急事態及び対応	<input type="checkbox"/> ほぼ無し <input type="checkbox"/> 有 (【内容】)
	[対応]
	[救急搬送の目安]
集団生活をするこ とについて	<input type="checkbox"/> 適当 <input type="checkbox"/> 適当であるが、個別の感染対策が必要 <input type="checkbox"/> 好ましくない
病態、園児の体力等から鑑 みた保育時間の制限につ いて	<input type="checkbox"/> 必要 (時間程度の保育時間が望ましい) <input type="checkbox"/> 不要 (7時から19時での最大12時間の保育が可能)
保育所等での生活、活動の 制限 (いずれか1つ選択) (保育所等での活動の目安 は別紙参照)	<input type="checkbox"/> 制限なし：同年齢の園児と同じ強度・速度の生活及び運動が可能 <input type="checkbox"/> 制限あり：児のペースで発達に応じた生活及び運動が可能 <input type="checkbox"/> 制限あり：常時の見守りや援助など、個別の対応が必要
保育所等での生活、活動へ の配慮事項	<input type="checkbox"/> 配慮事項なし <input type="checkbox"/> 配慮事項あり
	①運動遊びの配慮 (禁忌事項等) ※具体的な内容を記入 ②戸外活動の配慮 (禁忌事項等) ※具体的な内容を記入 散歩 水遊び 雪遊び
その他配慮すること	

上記のとおり意見書とします。

年 月 日

医療機関名

主治医氏名

㊞

※この様式によりがたい場合には、この様式に準じた別の様式を使用することができる