医療的ケアに関する意見書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | | | 性別 | □男　□女 | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 診断名 |  | | | | | | | |
| 主症状 |  | | | | | | | |
| 既往歴 |  | | | | | | | |
| 現在までの  治療の内容等 | 初診日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 治療の  内容 |  | | | | | | |
| 経過 |  | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | |
| 治療方針  投薬内容 | □　定期受診　　月　　週ごと  □　手術予定（あり・なし）　　年　　月ごろ  □　服薬（あり・なし）内容： | | | | | | | |
| 医療的ケア  の項目 | □　喀痰吸引（口腔・鼻腔）　吸引カテーテル（　　　）Fr　（　　　）㎝  □　経管栄養　（経鼻胃管・胃ろう・腸ろう）　　Fr　　　㎝（水分　　栄養剤）  □　導尿（　　）時間ごと園内での実施時間（　　：　　）（　　:　　）（　　:　　）  　　　カテーテルの種類（　　　　　　　　　　　　　）　サイズ（　　　）Fr  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 痙攣の既往  及び対応 |  | | | | | | | |
| 予想される  緊急時の状況  及び対応 |  | | | | | | | |
| 集団保育の中での生活 | □　望ましい　　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　望ましくない（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　必要となる医療的ケアが安定せず、経過観察の後に判断が必要 | | | | | | | |
| 集団生活上の配慮・制限 | 食事 | | □　不要　　□　必要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 排泄 | | □　不要　　□　必要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 睡眠 | | □　不要　　□　必要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 運動 | | □　不要　　□　必要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 屋外活動 | | □　不要　　□　必要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 感覚異常 | | □　なし　　□　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| コミュニケーション | | □　取れる　　□　苦手 | | | | |
| 言葉の遅れ | | □　なし　　□　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| その他 | | □　なし　　□　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 現在利用している在宅ケアサービス等 | 事業者名 | |  | | | | |
| サービス内容 | |  | | | | |
| 利用頻度 | |  | | | | |
| 現在通園している施設・  利用頻度等 | 施設名 | |  | | | | |
| 通園頻度 | |  | | | | |
| その他 |  | | | | | | |

記入日　令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名

住所

電話番号

医師署名

＊この意見書は、医療的ケアが必要な児童の保育所の入所の判定にあたり、児童の状態を把握するために使用するものです。