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。