

医療的ケアに関する意見書

児童氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 定期受診 月 週ごと <input type="checkbox"/> 手術予定（あり・なし） 年 月ごろ <input type="checkbox"/> 服薬（あり・なし）内容：				
医療的ケア の項目	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引（口腔・鼻腔） 吸引カテーテル（ ） Fr （ ） cm <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻胃管・胃ろう・腸ろう） Fr cm（水分 栄養剤） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 望ましい（理由： ） <input type="checkbox"/> 望ましくない（理由： ） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()
	排泄	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()
	睡眠	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()
	運動	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()
	屋外活動	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()
	感覚異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 取れる <input type="checkbox"/> 苦手
	言葉の遅れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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。