

医療機関名 _____
 住 所 _____
 電話番号 _____
 主治医名 _____ (自署もしくは記名押印)

医療的ケア実施に関する主治医意見書

□欄にチェックを、内容等につきましてはご記入をお願い致します。なお、当該主治医意見書は、本児が保育所等を利用するための調整で、利用を希望する保育所等に対し情報提供いたします。

(ふりがな) 児 童 氏 名	男 女	生年月日 年 齡	年 月 日生 (歳 ヶ月)
身長 / 体重	身長 cm / 体重 kg		
診 断 名	(1) (2) (3)	受診日	<input type="checkbox"/> 定 期 (ヶ月毎・ 週毎) <input type="checkbox"/> 不定期
経 過 等	【既往歴・治療経過・症状など】 【今後の治療方針】		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 処方内容 【薬品名・容量・用法・与薬時間など】 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 60%; margin: 10px auto; height: 80px;"></div> <p style="text-align: right;">(*処方箋のコピーの添付可)</p>		

【裏面もご記入下さい】

<p>必要な 医療的ケア</p>	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 【 <input type="checkbox"/> 口腔内 ・ <input type="checkbox"/> 鼻腔内 ・ <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内 】 <input type="checkbox"/> 経管栄養 【 <input type="checkbox"/> 経鼻 ・ <input type="checkbox"/> 胃ろう ・ <input type="checkbox"/> 腸ろう 】 <input type="checkbox"/> 導尿（排尿管管理） <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他の必要なケア（例えば、心拍数や酸素飽和度の測定など） 【 】	
<p>集団保育の中 での生活</p>	<input type="checkbox"/> 望ましくない 【理由： 】 <input type="checkbox"/> 望ましい 【理由： 】	
<p>保育施設での生 活上の配慮事項 及び活動の制限</p>	<p>保育所等で集団保育を実施するうえで①～⑩の項目について回答してください</p> <p>①健康状態についての配慮： <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要</p> <p>②食事についての制限や配慮： <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要</p> <p>③排泄についての配慮： <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要</p> <p>④睡眠についての配慮： <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要</p> <p>⑤運動についての制限や配慮： <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要</p> <p>⑥屋外運動についての制限や配慮： <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要</p> <p>⑦感覚異常： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p>⑧コミュニケーション： <input type="checkbox"/> とれる <input type="checkbox"/> 苦手</p> <p>⑨言葉の遅れ： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p>⑩その他特記すべき制限や配慮： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p>①～⑩についての具体的な内容、またはその他配慮が必要な項目があればご記入ください</p>	
<p>摂食・嚥下 の状況</p>	<p>経口摂取</p>	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可（ ） <input type="checkbox"/> 不可
	<p>誤嚥</p>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
	<p>食事形態の指示</p>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
	<p>指示食（制限）</p>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
<p>アレルギー</p>	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有【内容： 】	
<p>発作 (けいれん・てんかん・低血糖・喘息等)</p>	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有【内容： 】 初回発作（ 歳 カ月） 最終発作（ 歳 カ月）	
<p>予想される 緊急時の状況 及び対応</p>	<p>注意が必要な状態と対応（緊急搬送の目安等） _____</p> <input type="checkbox"/> 胃ろう、鼻腔チューブ、十二指腸チューブ抜去 胃ろうは代わりの吸引チューブを取りあえず入れ病院に搬送 十二指腸チューブ抜去は、保護者を呼び病院に搬送 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ抜去 可及的に抜けたチューブもしくは緊急用チューブを挿入 <input type="checkbox"/> その他（SpO2の低下、低血糖時、けいれん時など） （ ）	