

保育所等 宛

医療的ケア見状況票

住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____

※当てはまる□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。

ふりがな 児童氏名		男 女	生年月日 年 月 日 年 齡	年 月 日生 (歳 ヶ月)
身長 / 体重	身長 cm / 体重 kg	(最終測定日: 年 月)		
診 断 名	(1) (2) (3)			
受診について	【主治医】 ①医療機関名 診療科/医師名 /		受診日	<input type="checkbox"/> 定期(ヶ月毎・ 週毎) <input type="checkbox"/> 不定期
	②医療機関名 診療科/医師名 /		受診日	<input type="checkbox"/> 定期(ヶ月毎・ 週毎) <input type="checkbox"/> 不定期
	③医療機関名 診療科/医師名 /		受診日	<input type="checkbox"/> 定期(ヶ月毎・ 週毎) <input type="checkbox"/> 不定期
	④医療機関名 診療科/医師名 /		受診日	<input type="checkbox"/> 定期(ヶ月毎・ 週毎) <input type="checkbox"/> 不定期
経過及び 現在の状況	【医療的ケアを実施にいたる治療経過・現症状など】 【主治医より聞いている今後の見通し】			
服薬状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (※有の場合、お薬手帳なども見せてください)			
既往歴	病 名	医療機関	診断時期	経過及び現在の状況
			年 月	
			年 月	

【裏面もご記入下さい】

	医療的ケア	これまでにあったトラブル	保育所等で実施を希望する場合の方法など
医療的 ケアの 内容	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (口腔内・鼻腔内・気管カニ ューレ内)	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 抜去トラブル <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう)	<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 抜去トラブル <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 導尿(排尿管理)	<input type="checkbox"/> 尿閉 <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 血糖測定	<input type="checkbox"/> コントロール不良 <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> インスリン注射	<input type="checkbox"/> 低血糖 <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> その他		

現在の児童の様子と保育園で医療的ケアを実施するための状況確認

- 主治医から保育所での集団生活は可能であると言われている
- 医療的ケアが開始されてから健康状態が落ちついている
- 決まった時間(間隔)で医療的ケアを実施できている
- 保護者以外の者が行う医療的ケアに拒否がない
- 一人で座位がとれる
- 一人で移動(はいはい、つたい歩き、歩行など)ができる
- 言葉や身振り、表情などで意思疎通ができる(自分で苦痛などの意思表示をすることができる)
- 戸外活動ができる(泥遊びや水遊びなども含めて)

医療的ケアやそれ以外でも、必要な配慮や相談等があれば記入をして下さい。