

保育所等 宛

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)

医療的ケアに関する主治医意見書(中断・中止)

次のとおり、医療的ケアの実施について、

<input type="checkbox"/> 中	断
<input type="checkbox"/> 中	止

を指示します。

児童氏名		性別	男・女
生年月日(年齢)	年 月 日 (歳 ヶ月)		
診断名			
中断・中止する 医療的ケア	<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"/> 経鼻栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 血糖測定・インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ()		
中断・中止の内容	<input type="checkbox"/> ケアの中断[期間: 年 月 日 ~ 年 月 日] <input type="checkbox"/> ケアの中止[中止日: 年 月 日をもって中止]		
中断・中止する理由			