

申込児童に関する主治医意見書

下記児童が認可保育園・地域型保育施設(以下保育施設)の申込をするために、ご意見をお聞かせください。

この意見書は、保育施設の入所判定時に児童の状態を把握するために使用します。

保育施設は療育施設等とは異なり集団生活となるため、生活をする上で配慮が必要かどうかについてもご意見をお聞かせください。

上尾市長 宛て

下記内容は、本児が保育施設を利用することとなる場合、その利用先の保育施設に対し情報提供いたします。

児童氏名 _____ 男・女 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病名・障害名・状態像 _____

1. 症状、経過について

2. 主な治療と今後の見通し

3. 本児が保育施設で集団生活をする事について

本児が集団生活をする事は望ましくない。 → 理由 _____

本児が集団生活をする事は望ましい。 → 理由 _____

*本児が集団生活を送るうえで①～⑪の項目についてお答えください。

①健康状態についての配慮：必要 不要

⑦感覚異常：あり なし

②食事についての制限や配慮：必要 不要

⑧コミュニケーション：とれる 苦手

③排泄についての配慮：必要 不要

⑨言葉の遅れ：あり なし

④睡眠についての配慮：必要 不要

⑩薬・食物等に関するアレルギー：あり なし

⑤運動についての制限や配慮：必要 不要

⑪その他特記すべき配慮：あり なし

⑥屋外運動についての制限や配慮：必要 不要

①～⑪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。

4. 医療的ケアの内容（該当するものに✓）

ケアの種別	医療的ケアの内容	頻度・留意点・禁忌事項等
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう ・注入内容（ ） ・注入速度目安（ cc を 分程度で）	
喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭部 <input type="checkbox"/> 経鼻気管内 <input type="checkbox"/> 気管切開（ cm） <input type="checkbox"/> 気管カニューレ・経鼻咽頭エアウェイ内	
酸素療法	<input type="checkbox"/> 酸素カヌラ（ ℓ/時間） <input type="checkbox"/> 酸素マスク（ ℓ/時間）	
導尿	<input type="checkbox"/> 自己導尿の援助・補助 <input type="checkbox"/> 導尿（ 時間ごと） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
血糖管理	・血糖測定 <input type="checkbox"/> 持続自己血糖測定器 <input type="checkbox"/> 血糖自己測定器 <input type="checkbox"/> インシュリン注入（ <input type="checkbox"/> ポンプ <input type="checkbox"/> ペン） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
その他		

5. 投薬中の薬剤について

有 無

有の場合、薬剤名及び用法用量をご記載ください。

6. 摂食・嚥下状態について

食 事	経口摂取 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可
	誤嚥の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	食形態 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	食事摂取の際の留意点等（ ）
水分補給	経口摂取 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可
	水分補給の際の留意点等（ ）

7. 発作の状態について

けいれん発作	<input type="checkbox"/> 有（様子・頻度・時間： ） <input type="checkbox"/> 無
発作時の対応	

8. 緊急時の対応（無い場合には「無」とご記載ください）

想定される緊急事態・児の状況	
対処方法	

9. その他

年 月 日

医療機関住所

医療機関名

電話番号

医師氏名

印