(様式3)

|  |
| --- |
| **医療的ケアに関する主治医意見書（診断書）** |
|  |  | 男・女 | 生年月日 | 　　　 　　年　　　　　月　　　　　日生（　　　　　歳　　　　　か月） |
| 診断名 | 受診状況　　　□定期　　　　　□不定期 |
| 必要な医療的ケア | □ 吸引：(口腔・鼻腔・気管切開部) |
| □ 経管栄養：(経鼻・胃瘻・腸瘻) |
| □ 導尿 |
| □ その他(具体的に:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 服薬状況　（処方箋添付可） | □ 有(薬品名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　服薬回数:　　　　　回　/　日　) |
|
| □ 無 |
| 呼吸障害　 | * 有
* 無
 |
| 日常生活における配慮事項 | 移動 | * 自立歩行　　　□　部分解除　　　□　はいはい・ずりばい　　　□　全介助
 |
| 食事 | 経口摂取　　　　□　可　　　　　□　一部可　　　　□　不可　　誤嚥の有無　 □　無　　　　　□　有食形態　　　　 □　普通食　　□　きざみ食　　　□　ペースト食その他 |
| 排泄障害 | * 無　　　　□有　内容：
 |
| その他特記すべき事 |  |
| 保育施設での生活上の配慮及び活動の制限 | 保育の配慮 | * 必要としない
* 部分的に必要とする　　配慮内容：
* 常に必要とする　　配慮内容：
 |
| 活動の制限 | * 日常生活行動は可能だが運動は不可
* 軽い運動は参加可　　例）簡単な体操、リズム体操、すべり台等
* 中等度の運動は参加可　　例）ぶらんこ、とび箱等
* 強い運動にも参加可　　例）なわとび、徒競走等
 |
|  |
| 手術歴（予定を含む） | * 有　　　　手術年月日：　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

手術の内容：* 無
 |
| * 有　　　　手術年月日：　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

手術の内容：* 無
 |
| * 有　　　　手術年月日：　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

手術の内容：* 無
 |
| 既往歴その他 | 　　 |
| 予測される緊急時の状況及び対応 | 注意が必要な状態 |  |
| 対応 |  |
| 緊急搬送の目安 |  |
| 集団保育の可否 | 乳幼児が長時間にわたり集団生活する保育施設では、午睡や食事、集団での遊びなど接触の期間が多くあります。一般的には感染症を防ぐことは難しい環境にあります。□同年齢での集団保育が可能　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□同年齢での集団保育は不可□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
|
|

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 医師名 |  |

記入日　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日