

医療的ケアに関する意見書

児童氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日
診断名					
主症状					
既往歴					
現在までの 治療の内容等	初診日	年 月 日			
	治療の 内容				
	経過				
	その他				
治療方針 投薬内容	<input type="checkbox"/> 定期受診 月 週ごと <input type="checkbox"/> 手術予定（あり・なし） 年 月ごろ <input type="checkbox"/> 服薬（あり・なし）内容：				
医療的ケア の項目	<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"/> 喀痰吸引（ <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部） <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 血糖値測定 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
医療的ケア の目安	（どのような状態の時に実施するか）				
集団保育の中 での生活	<input type="checkbox"/> 望ましい（理由： ） <input type="checkbox"/> 望ましくない（理由： ） <input type="checkbox"/> 必要となる医療的ケアが安定せず、経過観察の後に判断が必要				

予想される 緊急時の状況 及び対応		
集団生活上の 配慮・制限	食事	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()
	排泄	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()
	睡眠	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()
	運動	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()
	屋外活動	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()
	感覚異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()
	言葉の遅れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
医療的ケア及 び集団生活に 当たっての留 意事項		
緊急搬送先 医療機関名		
その他		

記入日 年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

医師署名

*この意見書は、医療的ケアが必要な児童の保育所での医療的ケア実施の判定にあたり、児童の状態を把握するために使用するものです。