

主治医意見書

児童氏名	男・女 (年 月 日生) 歳 か月
住 所	
診断名	
主症状	
既往歴	
現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考になること	身長 (c m) 体重 (k g)
今後の見通し	
服薬状況 (処方箋添付)	
痙攣の既往	
医療的ケアの項目	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (気管カニューレ・内部・口腔・鼻腔) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻胃管・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 酸素管理 <input type="checkbox"/> インスリン投与
予想される緊急時の状況及び対応	注意が必要な状態と対応 (緊急搬送の目安等)

<p>集団保育の中 での生活</p>	<p><input type="checkbox"/> 望ましい (理由)</p> <p><input type="checkbox"/> 望ましくない (理由)</p>
<p>保育所生活上の 注意・配慮事項</p>	<p>①健康状態についての配慮：<input type="checkbox"/>必要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>②食事についての制限や配慮：<input type="checkbox"/>必要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>③排泄についての配慮：<input type="checkbox"/>必要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>④睡眠についての制限や配慮：<input type="checkbox"/>必要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>⑤運動についての制限や配慮：<input type="checkbox"/>必要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>⑥屋外運動についての制限や配慮：<input type="checkbox"/>必要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>⑦感覚異常：<input type="checkbox"/>必要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>⑧コミュニケーション：<input type="checkbox"/>必要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>⑨言葉の遅れ：<input type="checkbox"/>必要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>⑩薬・食物等に関するアレルギー：<input type="checkbox"/>必要 <input type="checkbox"/>不要</p> <p>⑪その他特記すべき配慮：<input type="checkbox"/>必要 <input type="checkbox"/>不要</p> <hr/> <p>①～⑪についての具体的な内容、またはその他必要な項目があればご記入ください。</p>
<p>予防注射接種状況 (母子手帳添付可)</p>	
<p>現在利用している 在宅ケアサービス</p>	<p>事業所名</p> <p>利用内容 回数 (週)</p>
<p>現在通園している 施設</p>	<p>施設名</p> <p>利用回数 (週)</p>
<p>その他</p>	
<p style="text-align: center;">記入日 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">医師署名</p>	

