

(江戸川区認可保育施設入園(継続)申込用) ※書類作成に関する費用等の負担は請求者(保護者)になります。

障害に係る主治医意見書

江戸川区長殿

	記入日	年 月 日
医療機関名		
所在地		
電話番号		
医師名		

児 童	氏 名		生 年 月 日		年 齢	
	ふりがな		年 月 日		歳	
診 断 名			身障手帳	有 (級) ・ 無		
			精神手帳	有 (級) ・ 無		
			愛の手帳	有 (度) ・ 無		
保育施設における 集団生活の可否		乳幼児が長時間にわたり集団で生活する保育施設では、午睡や食事、集団での遊びなど濃厚な接触の機会が多くあります。一般的には感染症を防ぐことは難しい環境にあります。 <input type="checkbox"/> 保育施設での集団生活は可能 <input type="checkbox"/> 保育施設での集団生活は不可 <input type="checkbox"/> その他 ()				
服薬状況	内服薬	<input type="checkbox"/> 有 薬名： 1日 回 {朝 ・ 昼 ・ 晩 ・ その他 () } <input type="checkbox"/> 無				
	塗布薬	<input type="checkbox"/> 有 薬名： 1日 回 {朝 ・ 昼 ・ 晩 ・ その他 () } <input type="checkbox"/> 無				
集団生活上の 配慮点	摂食・嚥下の 状況	経口摂取	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部可	<input type="checkbox"/> 不可	介助の必要性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		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"/> パースト食	
		その他				
	排泄					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	睡眠	入眠中・起床時など				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
運動・戸外 遊び時					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
沐浴・ 水遊び時					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

(裏面もご記入ください)

現在の状況	姿勢・運動		
	言語・認知		
	てんかん発作	<input type="checkbox"/> 有	頻度：日・月に 回程度 <input type="checkbox"/> 無
	その他		
予想される緊急時の状況及び対応	状態・頻度		
	対応		
	緊急時の受診方法		
手術歴 (予定を含む)	<input type="checkbox"/> 有	手術年月日： 年 月 日	手術の内容：
	<input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> 有	手術年月日： 年 月 日	手術の内容：
	<input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> 有	手術年月日： 年 月 日	手術の内容：
	<input type="checkbox"/> 無		
これまでの既往歴 その他連絡事項			

(記入上のお願い)

- この意見書は、保育園の申込み児童の状況を把握する資料になります。
疾病・障害の状態を証明するために使用しますので、詳しい記載のご協力をお願いします。
- 該当する□にチェックし、その他必要個所を記入してください。