

(江戸川区認可保育園入園(継続)申込・終了時用) ※この書類に関する費用等の負担は請求者(保護者)になります。

医療的ケア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				

江戸川区医療的ケア児保育事業実施要綱第12条第1号の規定により、対象児童の保育園利用について意見書を提出します。

児 童	氏 名	生年月日	年齢
	ふりがな	年 月 日	歳
診 断 名	受診状況 <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期	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 ()		
必要な医療的ケア	<input type="checkbox"/> 酸素吸入 (気管切開、鼻腔等) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (NIPPV、IPV を含む) <input type="checkbox"/> 吸引 (口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管切開部) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻 ・ 胃ろう ・ 腸ろう) <input type="checkbox"/> 導尿 ・ 自己導尿の補助 (一部要介助 ・ 完全要介助) <input type="checkbox"/> 与薬 (経口 ・ 注入 ・ 座薬 ・ その他 :) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に :)		
服 薬 状 況 (処方箋添付可)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容:		
呼 吸 障 害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容:		
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
	誤嚥の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	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		

(裏面もご記入ください)

排 尿 障 害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容:	
発 作 の 状 況	けいれん発作	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	シリーズ形成	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [内容:]
	発作時の対応	<input type="checkbox"/> その場で様子を見る <input type="checkbox"/> その場で座薬を挿入する <input type="checkbox"/> 救急搬送する <input type="checkbox"/> その他 (内容:)
予想される緊急時の状況及び対応	状態・頻度	
	対 応	
	緊急搬送の目安	
保育施設での生活上の配慮及び活動の制限	保育の配慮	<input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> 部分的に必要とする <input type="checkbox"/> 常に必要とする [内容:]
	活動の制限	<input type="checkbox"/> 基本的生活は可能だが運動は不可 <input type="checkbox"/> 軽い運動には参加可 <input type="checkbox"/> 中等度の運動には参加可 <input type="checkbox"/> 強い運動にも参加可
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"/> 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		
特記事項	<input type="checkbox"/> 医療的ケアの終了 (医療的ケアの終了年月日: 年 月 日) [終了理由:]	