

(江戸川区認可保育園入園(継続)申込・終了時) ※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(医療的ケア終了時)

※太枠部分の記入をお願いいたします。

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
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"/> ペースト食	
	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"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 有	手術年月日:            年    月    日 手術の内容:
	<input type="checkbox"/> 無	
その他連絡事項 (その他留意事項等 ございましたらご記 入をお願いいたしま す )		
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: ]	