

医療的ケア主治医意見書・指示書

江戸川区子ども家庭部保育課長 殿

江戸川区こども誰でも通園制度実施要項第16条第1号(8)の規定により、対象児童の保育園利用についての意見書および医療的ケア実施の指示書を下記のとおり提出いたします。

		記入日	令和	年	月	日
医療機関名						
所在地						
電話番号						
医師名	診療科 :		科	医師名 :		印

児 童	氏 名		性別	生年月日			年齢
	フリガナ			令和	年	月	
診 断 名 <small>(医療的ケアが必要となる 診断名も記載)</small>				身障手帳	<input type="checkbox"/> 有 (級)	<input type="checkbox"/> 無	
				精神手帳	<input type="checkbox"/> 有 (級)	<input type="checkbox"/> 無	
	受診状況	<input type="checkbox"/> 定期	<input type="checkbox"/> 不定期	愛の手帳	<input type="checkbox"/> 有 (級)	<input type="checkbox"/> 無	

<医療的ケアに係る意見書>

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 ()			
呼吸障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容 ()			
排泄障害	<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			
疾患にともなって 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		

<医療的ケア指示書> 児童が通園する保育施設へ、下記のとおり指示いたします。

児童氏名		保育施設名		保育園
生年月日	令和 年 月 日 歳	主たる疾患名		

※該当の指示内容に☑(チェック)・数値等を記入してください。記載しきれない項目は別紙の添付をお願いします。

<input type="checkbox"/>	吸引部位 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 経鼻咽頭エアウェイ 注意事項〔	吸引部位	カテーテルサイズ () Fr.	挿入の長さ () cm	吸引圧 () kPa以下	
		() Fr.	() cm	() kPa以下		
		() Fr.	() cm	() kPa以下		
		() Fr.	() cm	() kPa以下		
<input type="checkbox"/>	種類 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう	チューブの種類 () サイズ () Fr.	挿入の長さ () cm			
		バルンの水の量 () ml Yガーゼ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無				
		チューブ除去時の対応方法〔				
	<input type="checkbox"/>	実施時間帯	内容と量	注入方法と時間		
		① :		<input type="checkbox"/> 滴下 (分程度)	<input type="checkbox"/> シリンジ (mlを 分あけて 回注入)	
	<input type="checkbox"/>	栄養剤注入 <input type="checkbox"/> 胃残量が ()未滴の時は そのまま予定量を注入する <input type="checkbox"/> 胃残量が ()ml以上 ()ml 未滴の時 () <input type="checkbox"/> 胃残量が ()ml以上の時 () <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある(<input type="checkbox"/> 褐色・ <input type="checkbox"/> 黄色・ <input type="checkbox"/> 緑色)場合は() <input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 ()	② :	<input type="checkbox"/> 滴下 (分程度)	<input type="checkbox"/> シリンジ (mlを 分あけて 回注入)	
			<input type="checkbox"/> 胃残量が ()未滴の時は そのまま予定量を注入する			
			<input type="checkbox"/> 胃残量が ()ml以上 ()ml 未滴の時 ()			
			<input type="checkbox"/> 胃残量が ()ml以上の時 ()			
			<input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある(<input type="checkbox"/> 褐色・ <input type="checkbox"/> 黄色・ <input type="checkbox"/> 緑色)場合は()			
<input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 ()						
<input type="checkbox"/>	水分注入 <input type="checkbox"/> 胃残量が ()未滴の時は そのまま予定量を注入する <input type="checkbox"/> 胃残量が ()ml以上 ()ml 未滴の時 () <input type="checkbox"/> 胃残量が ()ml以上の時 () <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある(<input type="checkbox"/> 褐色・ <input type="checkbox"/> 黄色・ <input type="checkbox"/> 緑色)場合は() <input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 ()	実施時間帯	内容と量	注入方法と時間		
		① :		<input type="checkbox"/> 滴下 (分程度)	<input type="checkbox"/> シリンジ (mlを 分あけて 回注入)	
		② :		<input type="checkbox"/> 滴下 (分程度)	<input type="checkbox"/> シリンジ (mlを 分あけて 回注入)	
		<input type="checkbox"/> 胃残量が ()未滴の時は そのまま予定量を注入する				
<input type="checkbox"/>	薬剤注入 実施時間(:)(:) 注意点など () 胃からの脱気 脱気のタイミング <input type="checkbox"/> 注入前 <input type="checkbox"/> 注入中 <input type="checkbox"/> 注入後 <input type="checkbox"/> その他() 注意点など () 経口摂食 摂取 (<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 一部可・ <input type="checkbox"/> 不可) 形態 (<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> その他 () とりみ剤の使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容: () 摂取時の注意点 ()					
<input type="checkbox"/>	経路 <input type="checkbox"/> 鼻カニューレ <input type="checkbox"/> 酸素マスク <input type="checkbox"/> 気管切開部 酸素流量()L/分 SP02()%以下の場合〔 使用状況 <input type="checkbox"/> 常時・ <input type="checkbox"/> 午睡時・ <input type="checkbox"/> 啼泣時・ <input type="checkbox"/> その他〔 注意点など〔					
<input type="checkbox"/>	人工呼吸器 種類 <input type="checkbox"/> TPPV <input type="checkbox"/> NPPV(<input type="checkbox"/> 鼻・ <input type="checkbox"/> 鼻、口) メーカー・機種〔 呼吸器設定値〔 離脱 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 離脱条件 () 酸素併用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()L/分 本人の状態及び呼吸器の作動状況についての注意点 〔 起こりやすいトラブルと対処方法〔					

※該当の指示内容に☑(チェック)・数値等を記入してください。記載しきれない項目は別紙の添付をお願いします。

<input type="checkbox"/> の気管 観察 切開部	<input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 肉芽について <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 検査()ヶ月毎)・ <input type="checkbox"/> 不定期(最終検査)年)月) カニューレの種類()内径()mm 入り口から先端までの長さ()cm Yガーゼ()枚 固定用紐(バンド)の種類() カニューレ抜去時や、気管切開部・気管内出血への対応など []
<input type="checkbox"/> 導尿	実施時間 (:) (:) (:) (:) (:) カテーテルの製品名() サイズ()Fr. 尿道に挿入する長さ ()cm 用手圧迫 (<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可) ーその場合の圧迫の強さの程度 <input type="checkbox"/> 強 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 弱 注意点など []
<input type="checkbox"/> 定値血 等測糖	測定時間(:) (:) その他(低血糖時対処方法等) []
<input type="checkbox"/> 発 け 作 い れ ん	発作 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:) 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"/> その場で坐薬を挿入する→別紙『与薬に関する診断書及び指示書』を提出してください。 <input type="checkbox"/> 救急搬送する <input type="checkbox"/> その他 (内容:)
<input type="checkbox"/> 吸薬定 入液時 の	① 吸入時間(:) (:) 吸入薬内容/量(/) ② 吸入時間(:) (:) 吸入薬内容/量(/) 注意点など ()
<input type="checkbox"/> 疾患および医療的ケアにともなう保育施設での配慮事項	
<input type="checkbox"/> 医療的ケアに関する災害時・緊急時対応 (保育時間を超えて対応する場合等含む)	

※以下の指示内容に該当する場合は☑(チェック)して、別紙『与薬に関する診断書及び指示書』のご提出をお願いします。

<input type="checkbox"/> 与薬 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> インスリン投与 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 実施内容は保護者の依頼に準ずる <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養→注意点(固定長確認方法等) []
--