医療的ケアに係る主治医意見書

【様式６】

※保護者→主治医→保護者→伊万里市

（裏面へ続く）

|  |
| --- |
| 対象児童の保育利用について意見書を提出します。 |
| 児童名 |  | 男女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 診断名 |  | 受診状況 | □　定期（　　回／月・週）□　不定期 |
| 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。医療的ケア児専用の清潔なルームでの対応でなく集団の中での保育となるため，一般的には感染症を防ぐのは難しい環境にあります。そのうえで、下記施設規模を参考に、保育施設での集団生活の可否についてお答えください。＜受入予定施設の規模＞●定員：　　　人　●　.　.　.1現在入所児童数：　　　人●同クラス児童数：　　人●担任保育士：　　人　●在籍看護師：　　人□　保育施設での集団生活は可能□　保育施設での集団生活は不可□　その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 必要な医療的ケア | □　酸素吸入（気管切開，鼻腔等）□　人工呼吸器（NIPPV，IPVを含む）□　吸引（口腔・鼻腔・気管切開部）□　経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）□　導尿・自己導尿の補助（一部要介助・完全要介助）□　与薬（経口・注入・座薬・その他：　　　　　　　　　　）□　その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 服薬状況（処方箋添付可） | □　有（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　無 |
| 呼吸状態 | 呼吸障がい□　有（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　無 |
| 摂食・嚥下の状況 | 経口摂取：□　可　　□　一部可　　□　不可誤嚥の有無：□　有　　□　無食形態：□　普通食　　□　きざみ食　　□　ペースト食　　その他（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 排尿状態 | 排尿障がい□　有（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　無 |
| 発作の状況 | けいれん発作：□　有　　□　無シリーズ形成：□　有　　□　無内容：発作時の対応：□　その場で様子を見る□　その場で座薬を挿入する□　救急搬送する□　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：特別な配慮を□　必要としない□　部分的に必要とする□　常に必要とする　内容：活動の制限：　※別添「保育施設における活動のめやす」を参考にしてください。□　基本的生活は可能だが運動は不可□　軽い運動には参加可□　中等度の運動には参加可□　強い運動にも参加可 |
| その他 |  |

（あて先）伊万里市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

【様式６】（裏面）

医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名：　　　　　　　　　　　　　　　　印

医療機関

の所在地：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：