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：