

医療的ケア児に関する主治医意見書

【主治医の方へ】

この「主治医意見書」は、当該児童が保育所等での集団保育が可能かどうかを判断する資料として使用させていただきます。意見書の内容について、必要に応じて問い合わせをさせていただく場合がありますので、ご協力をお願いいたします。

児童の状況

(ふりがな) 児童氏名	性別	男・女	生年月日	年 月 日
				歳 か月
主たる傷病名				
児童の状況	【病状】 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 【直近の入院歴】 無・有 入院期間: ~ 【通院】 <input type="checkbox"/> 定期(____週に ____回 ・ ____か月に ____回) <input type="checkbox"/> 不定期 【装着医療機器等】 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他()			
主な治療と 今後の見通し	必要に応じて別紙を添付してください。			
保育施設での 集団生活の可否	<集団保育について> ・保育所等は、乳幼児が長時間にわたり空間を共有し、集団で生活します。 ・食事、午睡、遊びなどにより他の児童との接触の機会が多く、一般的に感染症や怪我（他児童との接触等）を完全に防ぐことは難しい環境にあります。 ・集団保育の性質上、保育士は複数の児童に対し保育を行います。			
	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 (理由:)			

医療的ケアについて

必要な 医療的ケア	<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> 吸引(口腔・鼻腔・気管カニューレ内) <input type="checkbox"/> 酸素療法(酸素カヌーラ・酸素マスク) <input type="checkbox"/> 血糖管理(血糖測定・インスリン注入) <input type="checkbox"/> 導尿・自己導尿(一部介助・全介助) <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)の管理 <input type="checkbox"/> その他()
医療的ケアの 頻度	<input type="checkbox"/> 常時・随時 <input type="checkbox"/> 定時(実施する時間 _____、所用時間 _____分/回)
医療的ケアの 実施に関する 意見	<input type="checkbox"/> 保育所等に医療的ケアに対応できる看護師等が常駐していることが望ましい <input type="checkbox"/> 医療的ケアが必要な時間のみ、訪問看護師が保育所等を訪問し、対応しても良い <input type="checkbox"/> 保育施設での医療的ケアは不相当 (理由:)

保育所等での生活において配慮が必要な事項

移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> バギー <input type="checkbox"/> 車椅子(自走・介助・電動) <input type="checkbox"/> その他()	
姿勢の保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助や支えが必要 (普段使用している物品:)	
排泄	排尿	【尿意】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【方法】 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 導尿(回/日) <input type="checkbox"/> その他()
	排便	【便意】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【方法】 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 浣腸(回/日) <input type="checkbox"/> その他()
摂食・嚥下状態	【経口摂取】 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可 【食事形態】 <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()	
内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(発作の様子、頻度:)	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(アレルゲン:)	
その他、特記すべき留意事項		

緊急時の対応

緊急対応が必要な状態	
搬送の目安	
搬送までに行うべき対応	
緊急時の主治医連絡先	■平日(月～金): ■夜間・休日:
緊急搬送先	■医療機関名:

保育所等での集団生活における配慮事項は上記のとおりです。

年 月 日

医療機関名: _____

医療機関所在地: _____ (電話: _____)

主治医氏名: _____

