医療的ケアに係る主治医意見書

益城町長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 児童氏名 |  |
| 住所 | 益城町大字 |
| 診断名 |  |
| 主症状 |  |
| 既往歴 |  |
| 現在までの治療の内容、経過等 |  |
| 定期受診 |  |
| 服薬状況  ※処方箋を添付ください |  |
| 装着医療機器等 | □ ネブライザー　　　□ 吸引器　　　□ 導尿  □ 経管栄養　　　　　□ 気管カニューレ  □ 酸素療法　　　　　□ その他（　　　　　　） |
| 保育所等における医療的ケアの項目 | □ 喀痰 吸引  （口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部・口酸素吸入）  □ 経管栄養（胃ろう ・腸ろう・ 経鼻  □ 導尿  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 予想される緊急時の状況及び対応 | 注意が必要な状態と緊急搬送の目安等 |
| 集団保育の中での生活 | □ 適当  □ 望ましくない |
| 保育施設での生活上の注意・配慮事項（保育の制限） | 施設外保育□ 可（注意事項 　　　　　　□ 不可）  プール遊び□ 可（注意事項 　　　　　　□ 不可）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 記入日：  医療機関名：  住所：  電話番号：  医師名：　　　　　　　　　印 | |