（保護者→主治医→市）

（様式１）

南陽市長　様

主治医意見書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  児童氏名 |  | | 男  女 | 生年月日 | 年　　　月　　　日  　　　　（　　　　　　　歳） |
| 住所 |  | | | | |
| 医学的診断名 |  | | | | |
| 保育施設等に  おける集団保育の可否 | □　保育施設等での集団保育は可能  □　保育施設等での集団保育は不可  □　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 集団保育上の  注意・配慮事項 | 保育等の配慮  □　常に必要とする  □　部分的に必要とする  （必要となる具体的な配慮　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　必要としない | | | | |
| 現在までの臨床経過及びその他参考に  なる事項 | 身長（　　　　　　　　㎝）　　　体重（　　　　　　　　　㎏） | | | | |
| 受診状況 | □定期（　　　月・　　週　ごと）　　□不定期（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 必要な医療的  ケアの項目 | □喀痰吸引（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内）  □経管栄養（鼻腔・胃瘻・腸瘻）  □導尿（一部介助・完全要介助）  □酸素療法  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □投薬（経口・注入・座薬・その他：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 服薬状況  （処方箋添付） | □あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □なし | | | | |
| 呼吸状態 | 呼吸障害  □あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □なし | | | | |
| 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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　） | | | | |
| 排尿状況 | 排尿障害  □　あり  （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　）  □　なし | | | | |
| 発作の状況 | けいれん発作  □　あり  （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　なし  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  □　緊急搬送する  □　その他  （内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　） | | | | |
| アレルギー | □　あり　　　　　□　なし  アレルゲン（　　　　　　　　　　　　　 　　）  症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）  注意事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　） | | | | |
| 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  めやす |  | | | |
| 本児が集団保育を行う上で下記の項目について必要な配慮等をご記入ください。 | | | | | |
| 食事 |  | | | | |
| 排泄 |  | | | | |
| 睡眠 |  | | | | |
| 運動 |  | | | | |
| 移動 |  | | | | |
| 感染対策 |  | | | | |
| その他 |  | | | | |
| 集団保育上の  活動の制限 | □　基本的な生活は可能だが、運動は不可  □　軽い運動に参加可　　　　□　中等度の運動に参加可　　　□　強い運動にも参加可  □　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 備考 |  | | | | |
| 作成日：　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  医療機関名：  住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：  診療担当科名：  医　師　名　： | | | | | |