

年 月 日

東広島市長 様

医療機関名： \_\_\_\_\_

所在地： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

医師氏名： \_\_\_\_\_ (印)

医療的ケアに係る主治医意見書

児 童 名		男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
診 断 名					受診 状況	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期
保 育 所 等 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所等では、集団での遊びなど濃厚な接触の機会が多くあるだけでなく、他の園児の手足が医療器具に当たることもありえます。また、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。 <input type="checkbox"/> 保育所等での集団生活は可能 <input type="checkbox"/> 保育所等での集団生活は不可 <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）					
必 要 な 医 療 的 ケ ア	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引（口腔・鼻腔・気管切開部） <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう） <input type="checkbox"/> 導尿（一部要介助・完全要介助） <input type="checkbox"/> 血糖管理（血糖値測定・インスリン注射） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）					
服 薬 状 況 【添付】処方箋の写	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容： _____）					
呼 吸 状 態	酸素投与： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____ 分 <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> カニューレ） 気管切開： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 SpO2： 呼吸数： 呼吸障害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容： _____）					
摂 食 ・ 嚥 下 の 状 況	経口摂取： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可 誤嚥の有無： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 食 形 態： <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト食 そ の 他（内容： _____）					

(裏面へ続く)

