

(保護者→主治医→保護者→保育課)

医療的ケアに関する主治医意見書兼指示書

| | | | | | | |
|---------|--|----|-----------|----|-----|--|
| ふりがな | | 生年 | | | | |
| 児 童 氏 名 | | 月日 | (年 月 日) | 性別 | 男・女 | |
| 診 断 名 | | | | | | |

【対象期間 年 月 日～ 年 月 日】

| | |
|-------------------|---|
| 必要な医療的ケア | <input type="checkbox"/> 人工肛門の排泄物の処理 <input type="checkbox"/> 導尿 (頻度: 回/日、ケアの時間: 時 分、時 分) <input type="checkbox"/> 吸引 (<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃ろう) <input type="checkbox"/> その他 () |
| 指示内容 | 医療的ケアの内容等 |
| | 頻度、留意事項等 |
| 服用状況 (処方箋添付も可) | <input type="checkbox"/> あり (内容:) <input type="checkbox"/> なし |
| 呼吸状況 | 呼吸障害について <input type="checkbox"/> あり (状態:) <input type="checkbox"/> なし |
| 摂食・嚥下の状態 | 【経口摂食】 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可 【誤嚥】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 【食事形態】 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> その他 () |

(裏面もあります)

| | |
|----------------------------|---|
| <p>予想される緊急時の状態及び対応等</p> | <p>状態や頻度について</p> |
| | <p>具体的な対応方法について</p> |
| | <p>緊急搬送の目安について</p> |
| <p>施設等での生活上の配慮及び活動等の制限</p> | <p>施設等での特別な配慮について</p> <p> <input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> 部分的に必要とする <input type="checkbox"/> 常に必要とする </p> <p> } 下記の内容欄へのご記入をお願いします。</p> <p>（内容）</p> |
| | <p>活動の制限について</p> <p> <input type="checkbox"/> 基本的生活は可能だが運動は不可 <input type="checkbox"/> 軽い運動には参加可 <input type="checkbox"/> 中等度の運動には参加可 <input type="checkbox"/> 強い運動にも参加可 </p> <p>屋外運動についての制限</p> <p> <input type="checkbox"/> 屋外での運動は不可 <input type="checkbox"/> 屋外での運動にも参加可 </p> |
| <p>そ の 他</p> | |

上記のとおり意見し、及び指示いたします。

年 月 日

医療機関名
所在地
担当医師名
電話番号