

(宛先)宇城市長

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

主治医氏名 \_\_\_\_\_

医療的ケアに係る主治医意見書兼指示書

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

【1. 保育施設入所に係る意見等】

保 育 施 設 に おける集団生活 の 可 否	<p>乳幼児が長時間にわたり集団で生活する保育施設では、午睡や食事、集団での遊びなど濃厚な接触の機会が多くあります。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です。</p> <input type="checkbox"/> 保育施設での集団生活は可能 <input type="checkbox"/> 保育施設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"/> 酸素吸入（気管切開，鼻腔等） <input type="checkbox"/> 人工呼吸器（NIPPV，IPVを含む） <input type="checkbox"/> 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・自己導尿の補助（一部要介助・完全要介助） <input type="checkbox"/> 人工肛門の管理 <input type="checkbox"/> インスリンの投与 <input type="checkbox"/> 与薬（経口・注入・坐薬・その他： _____） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）
服 薬 状 況 （処方箋添付可）	<input type="checkbox"/> 有（内容： _____） <input type="checkbox"/> 無
呼 吸 状 態	<p>呼吸障害</p> <input type="checkbox"/> 有（内容： _____） <input type="checkbox"/> 無

<p>摂食・嚥下の状況</p>	<p>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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  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： _____）</p>	
<p>排尿状態</p>	<p>排尿障害  <input type="checkbox"/> 有（内容： _____）  <input type="checkbox"/> 無</p>	
<p>発作の状況</p>	<p>けいれん発作：<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  シリーズ形成：<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  〔内容： _____〕  発作時の対応：  <input type="checkbox"/> その場で様子を見る  <input type="checkbox"/> その場で坐薬を挿入する  <input type="checkbox"/> 救急搬送する  <input type="checkbox"/> その他（内容： _____）</p>	
<p>予想される緊急時の状況及び対応</p>	<p>状態・頻度</p>	
	<p>対応</p>	
	<p>緊急搬送の目安</p>	
<p>保育施設での生活上の配慮及び活動の制限</p>	<p>保育の配慮：特別な配慮を  <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  〔内容： _____〕  活動の制限： ※別添「保育施設における活動のめやす」を参考にしてください。  <input type="checkbox"/> 基本的な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  感染症流行時に係る対応等  〔内容： _____〕</p>	
<p>その他</p>	<p>保育時間（1日8時間）  <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可（望ましい時間： _____ 時間／日）</p>	

【2. 医療的ケアの指示】 医療的ケアの必要な児童名 ( )

医療的ケアの内容	実施の有無	指示内容及び配慮事項
経管栄養	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう 製品名 ( ) 注入内容 ( ) 注入量・回数 ( ) カテーテルサイズ(Fr) ( )
酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	流量( l/分) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内
人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類 <input type="checkbox"/> TPPV <input type="checkbox"/> NPPV( <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 鼻・口) メーカー・機種( ) 業者名( ) モード( ) 換気回数(f): 回/分 酸素濃度(Fio2): 離脱 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可( 分)
吸引	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回数 <input type="checkbox"/> 喘鳴ごと <input type="checkbox"/> ( )分毎 <input type="checkbox"/> ( )回/日 <input type="checkbox"/> その他 部位 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内 カテーテルサイズ(Fr) <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12
気管切開	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	カニューレ製品名( ) 交換頻度 1回/
導尿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	カテーテル製品名( ) カテーテルサイズ( Fr ) 回数 約1日( )回 ( )時間ごと
人工肛門	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
血糖値測定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	時間 1日( )回 ( )時間ごと

(裏面に続く)

