主治医→保護者→市

様式２

五所川原市長　様

主治医意見書

|  |  |
| --- | --- |
| 子ども氏名 |  男・女（　　　　年　　月　　日生　）　　歳　　ヶ月 |
| 住所 | 五所川原市 |
| 診断名 |  |
| 現在までの大まかな臨床経過、その他参考になること |  |
| 身長（　　　　　　　　　㎝） 体重（　　　　　　　　　㎏） |
| 定期受診 | 　　　月・　　　週　ごと |
| 服薬状況（処方箋添付） |  |
| 必要な医療的ケアの項目 | □喀痰吸引（口腔・鼻腔・気管） 吸引カテーテル |
| □経管栄養 □経鼻胃管 （水分　　　　　栄養剤　　　　　） |
|  □胃ろう （水分　　　　　栄養剤　　　　　） |
| □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対応（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 （ ） |
| 保育施設生活上の注意・配慮事項（保育の制限） | □制限なし　同年齢児童と同じ強度・速度の生活および運動が可能 |
| □制限なし　本児童のペースで、発達に応じた生活および運動が可能 |
| □制限あり |
| 日常生活の配慮 | 項目 | 状　　　況 |
| 食事 |  |
| 排泄 |  |
| 移動 |  |
|  | 記入日 年 月 日医療機関名住所電話番号医師名 |