

医療的ケアの申込に関する主治医意見書

児童氏名			生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
児童住所	盛岡市			
受診状況	<input type="checkbox"/> 定期 (年・月・週 回)		<input type="checkbox"/> 不定期	
診断名又は診断内容				
主症状				
既往歴				
現在までの治療の内容、期間、経過				
必要な医療的ケア	<input type="checkbox"/> 口腔内・鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開部の管理 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 導尿 (看護師による導尿) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の管理 <input type="checkbox"/> インスリン注射 (看護師による注射) <input type="checkbox"/> その他 (内容:)			
服薬状況 ※処方箋添付可	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	薬剤名	
			服薬目的	
			服薬方法	1日 回 (朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> 食前 分 <input type="checkbox"/> 食間 時間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> () 時間おきに <input type="checkbox"/> 頓服 ()
今後の方針 (解除後の 留意事項)				

※裏面も御記入ください。

乳児等通園支援事業の利用の可否	<p>乳児等通園支援事業では、保育教諭・保育士1名につき複数の乳幼児に対応することが基本であり、午睡、食事及び集団での遊び等、保育教諭・保育士及び他児と接触する機会が多くあるため、転倒やケガ等の事故、感染症への罹患の全てを防ぐことは難しい環境にあります。</p> <p>こうした環境の中で日常生活を過ごすことについて、当該児童の身体的、心理的及び精神的な安全性の観点から、次のとおり判断します。</p> <p><input type="checkbox"/> ①乳児等通園支援事業の利用が可能である</p> <p><input type="checkbox"/> ②乳児等通園支援事業の利用は不可能である</p>	
乳児等通園支援事業利用時の生活上の配慮及び活動の制限	項目	内容
	食事	
	排泄	
	移動	
	活動の制限	<p>※別紙「乳児等通園支援事業における活動のめやす」を参考にしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 基本的生活は可能だが運動は不可</p> <p><input type="checkbox"/> 軽い運動には参加可</p> <p><input type="checkbox"/> 中程度の運動には参加可</p> <p><input type="checkbox"/> 活動の制限はなし（強い運動にも参加可）</p>
予想される緊急時の状況及び対応	状態・頻度	
	対応	
	緊急搬送の目安	
その他		

盛岡市長 行

年 月 日

医療機関名 _____

医療機関住所 _____

電話番号 _____

医師署名 _____