

主 治 医 意 見 書

下記児童が認可保育所・地域型保育施設（以下保育施設）の申込をするために、ご意見をお聞かせください。
この意見書は、保育施設の入所判定時に児童の状態を把握するために使用します。
保育施設は療育施設とは異なり集団生活となるため、生活をする上で配慮が必要かどうかについてもご意見をお聞かせください。

敦 賀 市 長 宛て

下記内容は、本児が保育施設を利用することとなる場合、その利用先の保育施設に対し情報提供いたします。

児童氏名 _____ 男・女 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病名・障害名・状態像 _____

1. 症状、今後の見通しなどについて

2. 本児が保育施設で集団生活することについて

☐ 集団生活が可能である。 → 理由 _____

☐ 集団生活が不可能である。 → 理由 _____

* 本児が集団生活を送る上で①～⑩の項目についてお答え下さい。

- | | |
|--|--|
| ①健康状態についての配慮： ☐ 必要 ☐ 不要 | ⑥屋外運動についての制限や配慮： ☐ 必要 ☐ 不要 |
| ②食事についての制限や配慮： ☐ 必要 ☐ 不要 | ⑦感覚異常： ☐ あり ☐ なし |
| ③排泄についての配慮： ☐ 必要 ☐ 不要 | ⑧コミュニケーション： ☐ とれる ☐ 苦手 |
| ④睡眠についての配慮： ☐ 必要 ☐ 不要 | ⑨言葉の遅れ： ☐ あり ☐ なし |
| ⑤運動についての制限や配慮： ☐ 必要 ☐ 不要 | ⑩その他特記すべき配慮： ☐ あり ☐ なし |

①～⑩についての具体的な内容、またはその配慮が必要な項目があればご記入ください。

3. 医療的ケアの要否：☐必要 ☐不要

☐ 鼻口からの吸入 ☐ 気管カニューレからの吸引 ☐ 栄養剤の注入（☐胃管 ☐胃ろう ☐ED チューブ）
☐ 薬剤の注入 ☐ 酸素投与 ☐ 人工呼吸器管理 ☐ 導尿 ☐ 血糖測定 ☐ 薬液の吸入 ☐ その他

4. 緊急時の対応等その他の留意事項があればご記入ください。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名 _____
電 話 _____
担当医氏名 _____ 印 _____