

主治医意見書(保育園入園・初回用)

清瀬市長 殿

清瀬市の保育園では、特別な配慮を必要とする児童の受け入れについては、審査会を実施しています。今回ご記入いただいた主治医意見書は、申込児童が保育園での集団生活が可能かどうか判断するとともに、入園後及び入園中の安全な生活を送るための資料とさせていただきます。

フリガナ			<input type="checkbox"/> 平成
児童氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (提出時点の年齢： 才 か月)
診断名		傷病の誘因 又は原因	
傷病発生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
意見書作成 医療機関 における 初診時所見	初診年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
治療内容 経過・期間 あれば既往歴	現在の身長 (cm)	現在の体重 (<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> g)	
受診の頻度	<input type="checkbox"/> 2週間毎 <input type="checkbox"/> 1か月毎 <input type="checkbox"/> 3か月毎 <input type="checkbox"/> 6か月毎 <input type="checkbox"/> 不定期 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療的ケア (保育中の 実施頻度・時間は <input type="checkbox"/> その他へ記入)	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 () ※入園決定した場合には、指示書の作成を市よりお願いさせていただきます。		
服薬状況 (原則として、保育時 間中は対応しません)	・服薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・薬剤名、量、1日の回数等 ()		
呼吸状態	呼吸の状態について、配慮・観察が必要な事項 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・具体的に ()		

<p>けいれんの有無</p>	<p>・ けいれん <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 _____ 回</p> <p>・ 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 _____ 回</p> <p>・ てんかん <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 _____ 回 頻度 _____ に 回程度</p>		
<p>今後の治療方針 (経過観察)</p>			
<p>集団生活上の 可否</p>	<p><input type="checkbox"/> 保育園の集団生活が可能である</p> <p><input type="checkbox"/> 保育園の集団生活が可能であるが、活動に制限がある</p> <p><input type="checkbox"/> 保育園の集団生活は難しい</p>		
<p>保育園での 生活上の配慮点</p>	<p><input type="checkbox"/> 保育で特別な配慮を必要としない</p> <p><input type="checkbox"/> 保育で特別な配慮を部分的に必要とする</p> <p><input type="checkbox"/> 保育で特別な配慮を必要とする</p> <p style="text-align: right;">} 特別な配慮について、必要な内容を下欄にご記入ください。</p> <p style="text-align: center;"></p>		
	<p>食事 (調理状態・ 介助方法等)</p>		<p>介助の必要性</p> <p><input type="checkbox"/> 有</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p>
	<p>排泄</p>		<p>介助の必要性</p> <p><input type="checkbox"/> 有</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p>
	<p>運動 戸外遊び</p>		<p>介助の必要性</p> <p><input type="checkbox"/> 有</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p>
	<p>コミュニケーション 言語</p>		<p>介助の必要性</p> <p><input type="checkbox"/> 有</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p>
<p>その他 (睡眠等)</p>		<p>介助の必要性</p> <p><input type="checkbox"/> 有</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p>	
<p>緊急時の 受診方法</p>			

対象児童に関する意見は以上のとおりです。

令和 年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
診療担当科名
担当医師名 (自筆)