【保護者→主治医等→保護者→春日部市】

　記入日　　令和　　　年　　　月　　　日

（宛先）春日部市長

**主 治 医 等 意 見 書**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 医師名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児　童　名 |  | | | 性別 | 男・女 | 生年  月日 | 平成・令和  　　　年　　月　　日生 | |
| 診　断　名 |  | | | | | | 受診状況 | * 定期 * 不定期 |
| 保育施設等  における  集団生活の  可否 | ・保育施設は、乳幼児が長時間にわたり空間を共有し、集団で生活します。  ・食事、午睡、遊びなどにより他の児童との接触の機会が多く、一般的に感染症を防ぐことは難しい環境にあります。 | | | | | | | |
| □　保育施設等での集団生活は可能  □　保育施設等での集団生活は不可  □　その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 必要な  医療的ケア | □　経管栄養（　経鼻　・　胃ろう　・　腸ろう　）  □　喀痰吸引（　口腔　・　鼻腔　・　気管カニューレ内　）  □　導尿・自己導尿（　一部要介助　・　全部要介助　）  □　インスリン注射  □　その他（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 服薬状況  （処方箋添付可） | □　有　（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　無 | | | | | | | |
| 呼吸障害 | □　有　（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　無 | | | | | | | |
| 摂食・嚥下の  状況 | 経口摂取 | □可　　　　□一部可　　　　□不可 | | | | | | |
| 誤嚥の有無 | □有　　　　□無 | | | | | | |
| 食形態 | □普通食　　□きざみ食　　　□ペースト状 | | | | | | |
| その他 | □（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （裏面へ続く） | | | | | | |
| 排尿障害 | □　有　（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　無 | | | | | | | |
| 排便障害 | □　有　（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　無 | | | | | | | |
| 発作の状況 | けいれん発作 | | □　有　（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　無 | | | | | |
| 発作時の対応 | | □　その場で様子を見る  □　その場で座薬を挿入する  □　救急搬送する  □　その他  （具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 予想される  緊急時の状況  及び対応 | 状況・頻度 | |  | | | | | |
| 対応 | |  | | | | | |
| 緊急搬送の目安 | |  | | | | | |
| 保育施設等での生活上の配慮及び活動の制限 | 保育中の  特別な配慮 | | □　必要としない  □　部分的に必要とする  □　常に必要とする  内容： | | | | | |
| 活動の制限 | | □　制限なし  □　同年齢児童と同じ強度・速度の生活及び運動が可能  □　本児童のペースで、発達に応じた生活及び運動が可能  □　制限あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| その他 |  | | | | | | | |