（第３号様式）

医療的ケアに関する医師意見書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 生年月日 | 年　　月　　日生  (　　　　歳　　　　ケ月） |
| 児童名 |  | |
| 診断名 |  | | 受診状況 | □定　　期　（　　　ケ月おき）  □検査入院　（　有　・　無　）  □不定期 |
| 実施する  医療的ケア | □喀痰吸引（口腔　・　鼻腔　・　気管カニューレ内）  □経管栄養（経鼻　・　経口　・　胃ろう　・　腸ろう）  □導尿  □投薬（経口　・　注入　・　座薬　・　その他） | | | |
| 現在の状況  症状  治療  状態 |  | | | |
| 服薬状況 | □有（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  □無 | | | |
| 呼吸状況 | 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　ペースト食・すりつぶし食・普通食等、以下に具体的に  記入をお願いします  （ ） | | | |
| 集団保育の  適否 | 適　　・　　否 | | | |
| 医療的ケア  の目安 | （どのような状態のときに実施するのか） | | | |
| 医療的ケア及び集団生活にあたっての留意事項　※集団保育活動目安として　別紙「保育の目安」 | | | | |
| 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 |  | | |
| 緊急搬送先 | 医療機関名 |  | | |

記入日　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　所　　　在

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　担当医師名　 　　　　　　　　　　　　　印