

## 医療的ケアに関する意見書

ふりがな		生年	
児童名		月日	年 月 日生
診断名		受診 状況	<input type="checkbox"/> 受診の状況( カ月おき) 検査入院 ( 有・無 ) <input type="checkbox"/> 不定期
現在の状況 (症状・治療・ 状態等)			
集団保育の適否	適 ・ 否		
実施する 医療的ケア	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃ろう ) <input type="checkbox"/> 吸引 ( <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内 ) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> その他 (		
医療的ケアの 目安	(どのような状態の時に実施するか)		
医療的ケア及び 集団生活にあた ったの留意事項			
緊急時の対応 (できるだけ詳しくご記 入をお願いします。)	(発作、誤嚥、発熱時等に係る対応)		
緊急搬送先 医療機関名			
上記のとおりです。 <span style="float: right;">記入日： 年 月 日</span>			
医療機関： 住 所： 電話番号： 医 師 名：			