

第2号様式

※様式内の「医療的ケア等」の記載には、「小児慢性特定疾病児童等への医療行為及びその他必要な行為」を含みます。

医療的ケア等実施に係る主治医意見書兼指示書

記入日	令和 年 月 日		
主治医	医療機関名		
	所在地		
	電話番号		
	医師名	(自署または記名押印)	

<主治医意見等>

児童名	生年月日	年 月 日生
診断名		
主症状		
必要な医療的ケア等 (種類・頻度)		
服薬の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【有の場合は具体的内容を記載(処方箋添付可)】	
発作の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【有の場合は具体的内容を記載】	
保育施設での 集団保育 について	<input type="checkbox"/> 望ましい <input type="checkbox"/> 望ましくない	
	【理由】	
個別対応の 要 否	施設での児童の保育にあたり、保育士による児童の常時見守り（1対1の個別対応）が必要か否か <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要ない	
保育施設での 活動の制限・ 必要な配慮	<input type="checkbox"/> 制限なし（同年齢児童と同様の生活及び運動が可能） <input type="checkbox"/> 制限あり（本児童の発達に応じた生活及び運動の配慮が必要） <input type="checkbox"/> 制限あり（その他配慮必要事項があれば下記に記入）	
予想される 緊急的な状況 とその対応		
その他		

次項に続く

<保育施設で必要な医療的ケア等の指示内容>

種 類	指 示 内 容			
□ 喀痰吸引	部 位	□ 口腔内 □ 鼻腔内 □ 気管内		
	カテーテルサイズ			
	吸 引 圧			
	挿入の長さ			
	頻 度			
	注 意 点 等			
□ 経管栄養	種 類	□ 経鼻 □ 胃ろう □ 腸ろう		
	チューブサイズ			
	栄 養 剤	挿入の長さ		
		内容・量		
		実施時間		
	水 分	注 入 時 間		
		内容・量		
		実施時間		
	薬 剤	注 入 時 間		
		内容・量		
実施時間				
注 意 点 等				
□ 導 尿	カテーテルサイズ			
	挿入の長さ			
	頻 度			
	注 意 点 等			
□ 酸素吸入	種 類	□ 鼻腔 □ 気管 □ その他 ()		
	酸素流量			
	実施時間			
	注 意 点 等			
種 類	指 示 内 容			
□ 薬液吸入	内容・量			
	実施時間			
	注 意 点 等			
□ 気管切開部のケア	種 類	□ カニューレ状態確認 □ ガーゼ交換 □ 人工鼻		
	切 開 術 式	□ 単純気管切開 □ 喉頭気管分離 □ その他 ()		
	カニューレ種類・サイズ			
	注 意 点 等			
□ 人工呼吸器	機 種			
	設 定 条 件			
	換 気 回 数			
	注 意 点 等			

次項に続く

□ 発作対応	種 類	□ てんかん □ 喘息 □ アレルギー(アナフィラキシー) □ その他 ()
	対 応	
□ その他	【必要に応じて別紙添付】	

<緊急時の対応>

想定される緊急事態	対 応