

医師の意見書（保育園入園用）

児童氏名	ふりがな		男・女	生年月日	年	月	日
住所	港区						
診断	主病名		起因病名				
	関連病名		障害者手帳	☐ 有 ・ ☐ 無 級・度			
既往歴 及び 発達歴	胎生期						
	分娩	在胎 _____ 週 体重 _____ g 安産 ・ 異常産 (_____)					
	既往疾患	☐ 有	[_____]				☐ 無
	手術歴 (予定含む)	☐ 有 (病名: _____) ・ ☐ 無					
		手術年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日					
	(これまでの経過概要)						

(裏面も御記入ください)

現在の状態							
身長	c m		体重	k g		胸囲	c m
頭囲	c m						
姿勢・運動							
言語・認知							
てんかん発作		☐ 有 (日 ・ 月 に 回程度) ・ ☐ 無					
医療的ケア		☐ 有 () ・ ☐ 無					
誤嚥		☐ 有 ・ ☐ 無 ※誤嚥の心配がある場合、経口摂取はできません。					
		☐ 造影検査 ☐ その他 _____ ☐ 最終造影検査日： 年 月 日 検査所見 ()					
その他							
与薬	内服薬	☐ 有 ・ ☐ 無 薬名 () 回 / 日 朝 ・ 昼 ・ 晩 ・ その他 _____ 薬名 () 回 / 日 朝 ・ 昼 ・ 晩 ・ その他 _____					
	塗布薬	☐ 有 ・ ☐ 無 薬名 () 塗布部分 () 回 / 日 朝 ・ 昼 ・ 晩 ・ その他					
集団生活上の配慮点	食事	献立内容	水分のとりみ： ☐ 有 (ポタージュ状・ヨーグルト状・マヨネーズ状・) ・ ☐ 無 固形のとりみ： ☐ 有 ・ ☐ 無				
		調理状態					
		援助方法					介助の必要性 ☐ 有 ・ ☐ 無
	排泄						☐ 有 ・ ☐ 無
	睡眠		入眠中・起床時等				☐ 有 ・ ☐ 無
	運動・戸外遊び時						☐ 有 ・ ☐ 無
	沐浴・水遊び時						☐ 有 ・ ☐ 無
緊急時の対応	予測される事態						
	必要な処置						
	緊急時の受診方法						
保育園入園時の情報提供及び相談の可否				☐ 可 ・ ☐ 否			
年 月 日 医療機関名： _____ 証明者 所在地： _____ 医師名： _____							

<記入上の注意>

- この意見書は、保育園の申込み児童の状況を判断するための資料の一つです。
児童の障害や疾病の状態を証明するために使用されます。詳しく記入してください。
- 前に他の医師が診断している場合は、必要に応じて保護者の申立て等により記入してください。
- あり・なしで答える欄は、該当するものをチェックしてください。