

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 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 有 [] | <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | 手術歴 (予定含む) | <input type="checkbox"/> 有 (病名:) | <input type="checkbox"/> 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 | cm | 体重 | kg | 胸囲 | cm | 頭囲 | cm | |
| 姿勢・運動 | | | | | | | | |
| 言語・認知 | | | | | | | | |
| てんかん発作 | | <input type="checkbox"/> 有 (日・月に 回程度) ・ <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | |
| 医療的ケア | | <input type="checkbox"/> 有 () ・ <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | |
| 誤嚥 | | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※誤嚥の心配がある場合、経口摂取はできません。 | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 造影検査 <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="checkbox"/> 最終造影検査日： 年 月 日 検査所見 () | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | |
| 与薬 | 内服薬 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 薬名 () 回/日 朝・昼・晩・その他 _____ 薬名 () 回/日 朝・昼・晩・その他 _____ | | | | | | |
| | 塗布薬 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 有 (ポタージュ状・ヨーグルト状・マヨネーズ状・) ・ <input type="checkbox"/> 無 固形のとりみ： <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | | | | | |
| | | 調理状態 | | | | | | |
| | 援助方法 | | | | | | 介助の必要性 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 排泄 | | | | | | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 睡眠 | 入眠中・起床時等 | | | | | | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | 運動・戸外遊び時 | | | | | | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 沐浴・水遊び時 | | | | | | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 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 | | | | <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 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。