

専門機関等の意見書(医療機関)

長岡京市子育て支援課 宛

記入年月日	医療機関名
医師名	所在地など

対象児童の保育施設等の利用について意見書を提出します。						
児 童 名	男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生	
診 断 名				受診 状況	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期	
保 育 施 設 に おける集団生活 の 可 否	<p>乳幼児が長時間にわたり集団で生活する保育施設では、午睡や食事、集団での遊びなど濃厚な接触の機会が多くあります。医療的ケア児専用の清潔なルームでの対応でなく集団の中での保育となるため、一般的には感染症を防ぐのは難しい環境にあります。</p> <input type="checkbox"/> 保育施設での集団生活は可能 <input type="checkbox"/> 保育施設での集団生活は不可 <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）					
必 要 な 医 療 的 ケ ア	<input type="checkbox"/> 酸素吸入（気管切開、鼻腔等） <input type="checkbox"/> 人工呼吸器（NIPPV、IPVを含む） <input type="checkbox"/> 吸引（口腔・鼻腔・気管切開部） <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう） <input type="checkbox"/> 導尿・自己導尿の補助（一部要介助・完全要介助） <input type="checkbox"/> 与薬（経口・注入・座薬・その他： _____） <input type="checkbox"/> 血糖値測定・インシュリン等注射 <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）					
服 薬 状 況 (処方箋添付可)	<input type="checkbox"/> 有（内容： _____） <input type="checkbox"/> 無					
呼 吸 状 態	呼吸障害 <input type="checkbox"/> 有（内容： _____） <input type="checkbox"/> 無					
排 尿 状 態	排尿障害 <input type="checkbox"/> 有（内容： _____） <input type="checkbox"/> 無					

(裏面へ続く)

