

医療機関の意見書

長岡京市子育て支援課 宛

記入年月日 年 月 日	医療機関名
医師名	所在地 電話

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	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、一般的な感染症を防ぐのは難しい環境にあります。					
	<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： ）					
服 薬 状 況 （処方箋添付可）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容： ） <small>※ 有の場合には、入所決定後に服薬についての指示書を提出願います。</small>					
補 装 具 の 使 用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容： ）					
発 作 の 状 況	けいれん発作： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 シリーズ形成： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容： 発作時の対応： <input type="checkbox"/> その場で様子を見る <input type="checkbox"/> その場で座薬を挿入する（内容： ） <input type="checkbox"/> その場で頬粘膜に投与する（内容： ） <input type="checkbox"/> 救急搬送する <input type="checkbox"/> その他（内容： ）					

（裏面へ続く）

排泄の状況	排尿・排便障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容： _____ ）	
摂食・嚥下の状況	経口摂取： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可 誤嚥の有無： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 食形態： <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> パースト食 その他（内容： _____ ）	
予想される緊急時の状況及び対応	状態・頻度	
	対応	
	緊急搬送の目安	
保育施設での生活上の配慮及び活動の制限	保育の配慮：（医療行為以外の）特別な配慮を <input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> 部分的に必要とする <input type="checkbox"/> 常に必要とする [内容： _____] 活動の制限： <input type="checkbox"/> 基本的生活は可能だが運動は不可 <input type="checkbox"/> 軽い運動には参加可 <input type="checkbox"/> 中等度の運動には参加可 <input type="checkbox"/> 強い運動にも参加可	
その他		