

主治医意見書

フリガナ 児童名	
生年月日	年 月 日生
診断名	
既往歴	
現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考になること	
	身長（ cm） 体重（ kg）
定期受診	月・ 週 ごと
服薬状況 （処方箋添付）	
医療的ケアの項目	<input type="checkbox"/> 導尿（ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 完全介助 ） <input type="checkbox"/> 経管栄養 { <input type="checkbox"/> 経鼻経管（水分 栄養剤 ） <input type="checkbox"/> 胃ろう（水分 栄養剤 ） <input type="checkbox"/> 腸ろう（水分 栄養剤 ） <input type="checkbox"/> 喀痰吸引（ <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
予想される緊急時の状況及び対応	注意が必要な状態と対応（救急搬送の目安等）

（裏面に続く）

