

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 <span style="font-size: 2em;">{</span> <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 ） <span style="font-size: 2em;">}</span> <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）

集団生活の中での生活	<input type="checkbox"/> 相当 ( ) <input type="checkbox"/> 望ましくない ( )
保育所での注意・配慮事項	<input type="checkbox"/> 制限なし <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <input type="checkbox"/> 同年齢児童と同じ強度・速度の生活及び運動が可能  <input type="checkbox"/> 本児童のペースで、発達に応じた生活及び運動が可能         </div> <input type="checkbox"/> 制限あり ( )
日常生活の配慮	<div style="display: flex; border-left: 1px dashed black; padding-left: 5px;"> <div style="border-right: 1px dashed black; padding-right: 5px; text-align: center;">             食事               排泄               移動           </div> <div style="flex-grow: 1;"></div> </div>
予防注射接種状況 (母子手帳添付可)	
その他	
<b>【記入日】</b> 年      月      日	
<b>【医療機関名】</b>	
<b>【住所】</b>	
<b>【電話番号】</b>	
<b>【医師名】</b>	