

## 主治医意見書

氏名	男・女( 年 月 日生) 歳 ヶ月	
診断名		
主症状		
医療的ケアの項目 ※該当の指示 内容にチェック	<input type="checkbox"/> 経管栄養( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input type="checkbox"/> たん吸引( <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
服薬状況 (処方箋添付可)		
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(緊急搬送の目安等)	
施設生活上の 注意・配慮事項	施設外遊び <input type="checkbox"/> 可 注意事項 <input type="checkbox"/> 不可 プール遊び <input type="checkbox"/> 可 注意事項 <input type="checkbox"/> 不可	
日常生活の配慮	項目	状 況
	食事	
	排泄	
	移動	
集団生活の可否	可・否(否の理由: )	

記入日 年 月 日

医療機関名

医師署名