

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