

(様式第5号)

(宛先) 旭川市長

医療的ケア児主治医意見書・指示書

ふりがな 児童氏名		男・女	生年 月日	年 月 日 (歳 箇月)
診断名				
経過	※必要に応じて別紙を添付してください。			
所見等	※病状の安定性、発達や日常生活活動度、治療や生活管理の上での配慮事項などについて御記入ください。			
主な治療と 今後の見通し	※必要に応じて別紙を添付してください。			
教育・保育 施設の利用 の適性につ いての見解	※あてはまる事項の全てにレ点を入れてください。 <input type="checkbox"/> 保育所、幼稚園等で集団生活が可能である ↳あてはまる場合：週__日程度、1日当たり__時間位まで利用可能 (裏面の別紙も御記入ください。) <input type="checkbox"/> 在宅生活が安定している <input type="checkbox"/> 直近3箇月の間、入退院を繰り返していない			
必要となる医療的ケアの内容				
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 注入内容 () <input type="checkbox"/> 注入速度目安 (cc を 分程度で) 注入方法 (<input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> イルリガートル)			
	(注意事項等)			
吸引	<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭部 <input type="checkbox"/> 経鼻気管内 <input type="checkbox"/> 気管切開 (cm) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ・経鼻咽頭エアウェイ内			
	(注意事項等)			
導尿	<input type="checkbox"/> 自己導尿の補助・援助 <input type="checkbox"/> 導尿 (時間毎) <input type="checkbox"/> その他 ()			
	(注意事項等)			
血糖管理	血糖測定 (<input type="checkbox"/> 持続自己血糖測定器 <input type="checkbox"/> 血糖自己測定器) <input type="checkbox"/> インシュリン注入 (<input type="checkbox"/> ポンプ <input type="checkbox"/> ペン型) <input type="checkbox"/> その他 ()			
	(注意事項等)			

酸素療法	<input type="checkbox"/> 酸素カニューレ (<input type="text"/> リットル/時間) <input type="checkbox"/> 酸素マスク (<input type="text"/> リットル/時間) (注意事項等)
その他	
緊急時の対応	①状態 ②対応方法 ③緊急搬送の目安と搬送までの対応 ④緊急連絡先 (医療機関)
備考	

年 月 日

医療機関名 : _____

主治医氏名 : _____

本意見書・指示書に関するのお問合せ先

担当部署名 : _____ (電話 : _____), 担当者名 _____

(様式第5号別紙)

保育・教育施設における活動の目安

○ 活動制限の有無

- 制限あり (制限ありにあてはまる場合は、次の項目の中から受入施設で活動を行っても「問題の無い活動」にレ点を入れてください。)
- 制限なし

区 分	活動内容
軽い活動 (ほとんど息が弾まない程度の活動)	<input type="checkbox"/> 抱っこされる <input type="checkbox"/> 手指を使った遊び <input type="checkbox"/> 室内遊び <input type="checkbox"/> 腕や足の曲げ伸ばしや開閉をする <input type="checkbox"/> 砂遊び <input type="checkbox"/> ボールを投げたり蹴ったりする <input type="checkbox"/> その場でジャンプする <input type="checkbox"/> 滑り台を自分ですべる
中程度の活動 (少し息が弾む程度の活動)	<input type="checkbox"/> 抱っこされて左右に揺らされる <input type="checkbox"/> 階段の昇り下り <input type="checkbox"/> 散歩 (<input type="text"/> 分程度) <input type="checkbox"/> 手押し車を押して歩く <input type="checkbox"/> 三輪車 <input type="checkbox"/> ジャングルジムの登り降り <input type="checkbox"/> 鉄棒のぶら下がり, 前回り, 逆上がり
強い活動 (息が弾む程度の活動)	<input type="checkbox"/> 高い高い <input type="checkbox"/> 走る, かけっこ <input type="checkbox"/> 鬼ごっこ <input type="checkbox"/> ドッジボール <input type="checkbox"/> サッカー <input type="checkbox"/> なわとびを跳ぶ <input type="checkbox"/> 跳び箱 <input type="checkbox"/> 水遊び, だるまこ遊び <input type="checkbox"/> 高いところ (50センチ程度) から飛び降りる <input type="checkbox"/> プール遊び <input type="checkbox"/> 音楽にあわせて全身を動かす <input type="checkbox"/> 歌や音楽にあわせて全身を揺らされる