

(様式第5号)

(宛先) 旭川市長

医療的ケア児主治医意見書

ふりがな 児童氏名	男・女	生年 月日	年 月 日 (歳 箇月)
身長・体重	・身長 () ・体重 ()		
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 に係る集団 生活の可否 についての 見解	※あてはまる事項にレ点を入れてください。 <input type="checkbox"/> 保育施設及び幼稚園等での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 ※医療的ケア児主治医指示書（様式第5号別紙）も御記入ください。 <input type="checkbox"/> 保育施設及び幼稚園等での集団生活は現時点で難しい ・集団生活が難しい理由		
保育・教育 施設におけ る活動の目 安	活動制限の有無 <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり ・制限される活動内容（運動・遊び等）例：抱っこされる、ジャンプ、鬼ごっこ、プール遊び等		

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）
--------	--

本児童に対して、教育・保育施設の利用について記載のとおり意見いたします。

年 月 日

医療機関名： _____

主治医氏名： _____

本意見書・別紙指示書に関してのお問合せ先

担当部署名： _____（電話： _____）

担当者名： _____

(様式第5号別紙)

(宛先) 旭川市長

医療的ケア児主治医指示書

ふりがな 児童氏名		男・女	生年 月日	年 月 日 (歳 箇月)
--------------	--	-----	----------	------------------

1 必要となる医療的ケアの内容 ※該当する医療的ケアの内容の指示事項の記入をお願いいたします。

<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 栄養剤注入 ※ミキサー食含む <input type="checkbox"/> 経管栄養	<p>・サイズ (F r) ・挿入の長さ (c m)</p> <p>・チューブの種類 (<input type="checkbox"/>バルン・<input type="checkbox"/>バンパー / <input type="checkbox"/>ボタン・<input type="checkbox"/>チューブ)</p> <p>・サイズ () ・バルンの水の量 (m l)</p> <p>・抜去時の看護師の再挿入 (可 ・ 不可) ・再挿入時は新しいものへ交換 (必要 ・ 不要)</p> <p>・注入時間目安 (m l を 分程度で 時 分頃に実施)</p> <p>・注入内容 ()</p> <p>※注入物が栄養剤以外の場合の注意事項 例：硬さやとろみの程度等 ()</p> <p>・注入方法 (<input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> イルリガートル)</p> <p>・胃残量がある場合の注入量 胃残量が〇〇m l 未満の時 () 胃残量が〇〇m l 以上の時 ()</p> <p>・胃残の性状に異常がある場合の対応 例：胃残の色に異常がある場合、嘔吐時の対応等 ()</p> <p>・水分注入 ・注入時間目安 (m l を 時 分 ~ 時 分頃に実施)</p> <p>・注入内容 ()</p> <p>※注入物に関する注意事項 例：水分濃度やとろみの程度等 ()</p> <p>・注入方法 (<input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> イルリガートル)</p> <p>・胃残量がある場合の注入量 胃残量が〇〇m l 未満の時 () 胃残量が〇〇m l 以上の時 ()</p> <p>・胃残の性状に異常がある場合の対応 例：胃残の色に異常がある場合、嘔吐時の対応等 ()</p> <p>・薬剤注入 (実施時間 時 分頃)</p> <p>(その他の注意事項)</p>
--	--

<p>□人工呼吸器 の管理</p>	<p>人工呼吸器のメーカー・機種 () 治療法 <input type="checkbox"/>侵襲的 (TPPV) ・ <input type="checkbox"/>非侵襲的 (NPPV) 方式 <input type="checkbox"/>従圧式 ・ <input type="checkbox"/>従量式 ・回路 () ・設定 () ・酸素流量 (L/分) ・離脱可能時間 () ・自発呼吸 (有・無) 装着する時間 <input type="checkbox"/>常時 ・人工呼吸器の脱着 (可 ・ 不可) ・人工呼吸器を外せる時間 (分程度) <input type="checkbox"/>定時 ・装着する時間 () <input type="checkbox"/>体調不良時 ・装着が必要な体調 (SpO₂値○%以下で○分継続など) () <input type="checkbox"/>その他の時間 () 機械トラブルへの対応 <input type="checkbox"/>再装着 <input type="checkbox"/>バギング <input type="checkbox"/>酸素投与 <input type="checkbox"/>メーカーへの連絡 <input type="checkbox"/>予備回路への交換 <input type="checkbox"/>その他 () 同時に使用している機器 <input type="checkbox"/>吸引器 <input type="checkbox"/>加温加湿器 <input type="checkbox"/>排痰補助装置 <input type="checkbox"/>吸入器 <input type="checkbox"/>その他 () ・上記機器の詳細 例: 品名・仕様等 () マスク接続部に使用している機器 (有 ・ 無) ・機器の種別 () ・気管カニューレの種類 () ・気管カニューレのサイズ () ・カフ <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (c c)</p>
<p>その他</p>	<p>※上記以外の注意事項があればご記載ください。</p>

本児童に対して、利用する教育・保育施設内において看護師（准看護師及び認定特定行為従事者である保育士を含む）が記載内容の医療的ケアを行うことを承諾します。

年 月 日

医療機関名： _____

主治医氏名： _____