

(様式第2号)

医療的ケアの実施に係る意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日
児童名			
診断名		受診状況	<input type="checkbox"/> 受診の状況 ( カ月おき) 検査入院 (有・無) <input type="checkbox"/> 不定期
アレルギーの有無	アレルギー ( ) <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 症状 ( ) 注意事項 ( )		
現在の状況 (症状・治療・状態)			
呼吸状態	呼吸 <input type="checkbox"/> 有 (内容: ) <input type="checkbox"/> 無		
摂食・嚥下の 状況	経口摂取の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可 誤嚥の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 食形態 ペースト食・半流動食・すりつぶし食・普通食等具体的に記入をお願いします ( )		
実施する 医療的ケア	<input type="checkbox"/> 吸引 ( <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内) <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃ろう) <input type="checkbox"/> 人工肛門の排泄物の処理 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
医療的ケアの 目 安	(どのような状態の時に実施するか)		
医療的ケア及び集 団生活にあたって の留意事項			
緊急時の対応 (できるだけ詳しくご 記入をお願いします)			
緊急搬送先 医療機関名			

上記のとおりです

記入日： 年 月 日

医療機関： \_\_\_\_\_

所在地： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

主治医氏名： \_\_\_\_\_