

## 申込児童に関する意見書

下記児童が認可保育園・地域型保育施設(以下保育施設)の申込をするために、ご意見をお聞かせください。

この意見書は、保育園の入所判定時に児童の状態を把握するために使用します。

保育園は療育施設等とは異なり集団生活となるため、生活をする上で配慮が必要かどうかについてもご意見をお聞かせください。

三鷹市長

下記内容は、本児が保育園を利用することとなる場合、その利用先の保育園に対し情報提供いたします。

園児氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病名・障害名・状態像 \_\_\_\_\_

1. 症状、今後の見通しなどについて

2. 本児が保育園で集団生活をするることについて

本児が集団生活をすることは望ましくない。 → 理由 \_\_\_\_\_

本児が集団生活をすることは望ましい。 → 理由 \_\_\_\_\_

\*本児が集団生活を送るうえで①～⑨の項目についてお答えください。

- ① 健康状態についての配慮：必要 不要
- ② 食事についての制限や配慮：必要 不要
- ③ 排泄についての配慮：必要 不要
- ④ 睡眠についての配慮：必要 不要
- ⑤ 運動についての制限や配慮：必要 不要
- ⑥ 屋外運動についての制限や配慮：必要 不要
- ⑦ 感覚異常：あり なし
- ⑧ コミュニケーション：とれる 苦手
- ⑨ 言葉の遅れ：あり なし
- ⑩ その他特記すべき配慮：あり なし

①～⑩についての具体的な内容、またはその他配慮が必要な項目があればご記入ください。

3. 医療的ケアの要否：必要 不要

医療的ケアが必要な方は、裏面もご記入ください。

4. 緊急時の対応等その他の留意事項があればご記入ください。

記入日

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関住所

医療機関名

電 話

医師名

印

三鷹市

医療的ケアと情報

患者氏名	生年月日： 年 月 日 歳
疾患名	表面参照
<input type="checkbox"/> 与薬 <input type="checkbox"/> 栄養	服薬状況（有・無） 与薬時間 ____時 具体的な内容 _____ <input type="checkbox"/> 経口（ペースト、きざみ食、幼児食） <input type="checkbox"/> 注入
緊急時投薬・処置	（坐剤、注射など）
医療的ケアの内容及び方法等	<input type="checkbox"/> 経管栄養 経鼻胃管・胃ろう 内容 _____ 量・回数・所要時間 _____ カテーテルサイズ（Fr）_____ 挿入の長さ____cm 交換頻度（1回/____） <hr/> <input type="checkbox"/> 血糖値測定：時間（____時、____時、____時） インスリン投与：薬剤名 _____ 一回量 ____単位/回 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 導尿 一部要介助・完全要介助 カテーテルサイズ（Fr）_____ 回数 約 ____回/日 <hr/> <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 回数・実施の目安等（ 1回 / ____時間 ） 鼻、口からの吸引 吸引カテーテルのサイズ（____）Fr. 吸引圧（____）cm H20 以下 鼻からの挿入の長さ（____）cm 口からの挿入の長さ（____）cm *持続吸引について 吸引カテーテルのサイズ（____）Fr. 吸引圧（____）cm H20 部位（鼻・口） 挿入の長さ（____）cm 注意点など〔 _____ 〕 気管カニューレからの吸引（または気管内吸引） 吸引カテーテルのサイズ（____）Fr. 吸引圧（____）cm H20 以下 カニューレ入り口からの挿入の長さ（____）cm 注意点など〔 _____ 〕

<input type="checkbox"/> その他の医療ケア（具体的に） _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> 必要とする特別な配慮と禁忌事項 _____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> 予想される緊急時の状況及び対応（状態、頻度、対応、緊急搬送の目安） <input type="checkbox"/> 胃ろう、鼻腔チューブ 胃ろう抜去時は、代わりに吸引チューブを取りあえず入れ病院へ搬送する <input type="checkbox"/> 気管カニューレ 気管カニューレ抜去時は、抜けたチューブもしくは緊急用チューブを入れ病院へ搬送する その他（誤嚥、低血糖、けいれん、発熱時等に係る対応など）  <input type="checkbox"/> （____） <input type="checkbox"/> （____） <input type="checkbox"/> （____）	<input type="checkbox"/> 酸素吸入 SpO <sub>2</sub> （____）%以上を維持できるように（____）L/分まで投与可能 注意点など〔 _____ 〕