**様式２**

**主治医意見書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 　　年　　月　　日(　　歳） |
| 身長 | 　　　　　　　　　　　ｃｍ | 体重 | 　　　　　　　　　　ｋｇ |
| 現住所 |  |
| 診断名 |  |
| 主症状 |  |
| 既往歴 |  |
| 治療内容治療期間臨床経過その他 |  |
| 定期受診 | 月　・　　　　　週　ごと |
| 服薬状況 | □　有　※処方箋添付可（内容）□　無 |
| 必要な医療的ケア | □　人工呼吸器・酸素濃縮装置□　吸引（気管カニューレ内、口腔、鼻腔）□　経管栄養（経鼻経管、胃ろう、腸ろう）□　中心静脈栄養□　ストーマ・導尿□　その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 予想される緊急時の状況及び対応 |  |
| 保育所等における集団保育及び生活 | □望ましい（理由）□望ましくない（理由） |
| 保育所等での活動の制限 | 活動の制限□　制限あり□　制限なし（内容） |
| 日常生活の注意・配慮事項 | 項目 | 内容 |
| 食事 |  |
| 排泄 |  |
| 移動 |  |
| その他 |  |

　　　　　　　　年　　　月　　　日

医療機関名

住所

電話番号

医師名