

様式第 3 号（第 5 条関係）

医療的ケア主治医意見書・指示書

■基本事項

対象児童名		性別	男・女	生年月日	年	月	日
診断名				アレルギーの有無	有・無		
				感染症の有無	有・無		
状態・ 症状等				アレルギー及び感染症の内容と注意事項			
受診状況							
投与中の薬剤及び 注意事項（副作用等）							

■指示事項 期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日）

該当項目	医療的ケアの内容	留意点（注意事項などを記載）
☐ 経管栄養	☐ 経鼻 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう ☐ その他（ ）	（実施時刻、注入内容など）
☐ 吸引	☐ 口腔内 ☐ 鼻腔内 ☐ 気管カニューレ内 ☐ その他（ ）	（吸引圧や挿入の長さなど）
☐ 血糖管理	☐ 血糖値測定 ☐ インスリン注射 ☐ その他（ ）	

□酸素療法	☐ 酸素マスク ☐ 鼻カニューラ	(実施の目安と酸素流量)
□てんかん	☐ 発作時の座薬使用 ☐ その他 ()	(発作時の対応・指示内容)
□施設での 与薬	【薬剤名、量、与薬時刻、与薬方法】別紙にて処方箋添付	
□その他 ()		

《裏面へ》

■緊急時の対応

(状態や対応、緊急搬送の目安)

■保育上の支援

保育について	☐ 適当 ☐ 好ましくない
保育の制限	☐ 制限なし：同年齢児童と同じ強度・速度の生活及び運動が可能 ☐ 制限なし：対象児童のペースで発達に応じた生活及び運動が可能 ☐ 制限あり
特別な支援	発達や生活上の問題など保育上特別な支援を、 ☐ 必要としない ☐ 部分的に必要とする ☐ 常に必要とする

【保育上必要とする特別な配慮の内容】

■その他特記事項

上峰町長 様

記入日 年 月 日

医療機関名：

所在地：

電話番号：

医師氏名：

印

（自署の場合は押印を書略することができます）

問合せ先：