

草加市長

宛て

主治医意見書

児童氏名	年 月 日生(歳)
住所	草加市
診断名	
現在までの大まかな 臨床経過、その他参 考になること	身長(cm) 、 体重(kg)
定期受診	月 ・ 週ごと
服薬状況 (処方箋添付)	
必要な医療的ケアの 項目	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引(口腔・鼻腔・気管) 吸引カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 (水分 栄養剤) <input type="checkbox"/> 胃ろう (水分 栄養剤) <input type="checkbox"/> その他()
予想される緊急時の 状況及び対応	注意が必要な状態と対応(緊急搬送の目安等)

集団療育の中での生活	<input type="checkbox"/> 適 当 () <input type="checkbox"/> 望ましくない()	
施設生活上の注意・配慮事項(療育の制限)	<input type="checkbox"/> 制限なし 同年齢児童と同じ強度・速度の生活および運動が可能 <input type="checkbox"/> 制限なし 本児童のペースで、発達に応じた生活および運動が可能 <input type="checkbox"/> 制限あり	
日常生活の配慮	項目	状況
	食事	
	排泄	
	移動	
	その他	
<p style="text-align: right;">記入日 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">医師名</p>		