

医療的ケア児主治医意見書兼指示書

様式3-2提出の場合不要です。

(宛先) 茅ヶ崎市長／茅ヶ崎市福祉事務所長

この意見書・指示書は医療的ケアを必要とする児童が保育所等を利用するにあたってその状態を把握するために使用します。保育所等で実施する医療的ケアの実施内容について指示してください。また、保育所は集団生活となるため、生活をする上での配慮の必要性等についてもご意見をお聞かせください。なお、下記内容は受け入れ検討会議及び利用を希望する保育所等に対し、情報提供します。

※入所時、現況調査（毎年度夏頃実施）時に提出が必要です。

※意見・指示に変更が生じた場合、改めて指示書の提出をお願いします。

保育所等で実施する医療的ケアについて次の通り、意見・指示します。指示期間（西暦 年 月 日 ～ 年 月 日）

※指示期間は、病状が安定しケア内容に変更がない場合に限り、指示期間は最長1年後まで設定可能です。

子どもの名前	フリガナ	生年月日	年 月 日
主たる疾患名			
現病歴 (症状・状態・治療方針等)			
症状の安定性	☐ 安定し、回復傾向にあり、著しい症状の悪化が予見されない状況（医療的ケアが3か月以上変更されていない等） ☐ 安定していない 理由及び今後安定していく見込みがあれば記入してください ()		
保育所等での 集団生活 (月64時間以上)の可否	☐ 可能である ☐ 不可能である 可能になる見込みがあれば具体的な時期を記入してください ()		

該当の指示内容に☑チェック・数値等を記入してください。

ケアの内容	指示内容	配慮事項・緊急時の対応等を記載
アレルギー対応 ☐	☒ 有の場合は具体的に記載	投薬・エビベン投与の指示：
与薬 ☐	☐ 内服薬 ☐ 座薬 ☐ 外用薬 薬剤名および用法・用量（薬剤情報添付でも可） ()	
経管栄養 ☐	☐ 経鼻胃管 カテーテルサイズ（ ）Fr 挿入の長さ（ ）cm ☐ 胃ろう ・ ☐ 腸ろう ☐ バルーン型・ボタン型 ☐ バルーン型・チューブ型（固定水 ）ml ☐ バンパー型・ボタン型 ☐ バンパー型・チューブ型 カテーテルサイズ（ ）Fr ☐ 噴門形成術 ☐ 無 ☐ 有 ● 注入内容（ ） トロミ剤の使用 ☐ 無 ☐ 有（内容 ） 1回量（ ） 回数／日（ ） ● 注入方法 ☐ 自然滴下 ☐ ポンプ使用（☐ 卓上型 ☐ シリンジ） ☐ シリンジ注入 ● 注入時間（ ）分／回	● 胃ろうボタン・チューブ抜去時の対応： () ● 注入時の注意点（姿勢、速度等）： ● 胃残の指示： 胃残（ ）ml以上は差し引きで注入 ● 夏季や発汗時の臨時注入等：
血糖管理 ☐	☐ 血糖測定 ☐ 持続自己血糖測定器 ☐ 血糖自己測定器（実施時間 ） ☐ インスリン投与 ☐ ポンプ ☐ ペン型 インスリン 薬剤名（ ） 単位（ ） 時間（ ）	● 低血糖目安（ ）mg/dL未満 対応方法： () ● 高血糖目安（ ）mg/dL以上 対応方法： ()

