

主治医意見書

子ども氏名	(男・女) 年 月 日生 歳 ヶ月
住所	
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	出生日 身長 cm 体重 kg 測定日 (年 月) 身長 cm 体重 kg
定期受診	() 月 ・ () 週 ごと
服薬状況および効能 (処方箋添付)	
必要な医療的ケアの 項目	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 血糖測定・インスリン注射 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 人口呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開部の管理 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 酸素療法 ()
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(救急搬送の目安等)
<p>本児は、集団保育が可能と判断します。</p> <p>記入日 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 住 所 電話番号 医 師 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>	