意見書（特別支援保育）

この書類は、保育施設へ申請する児童が、保育施設での集団保育が可能かどうかを判断する際の資料とさせていただきます。できる限り、現在の状況を詳細にご記入願います。

フリガナ		性別	男　・　女
氏名		生年月日	令和　　年　　月　　日
住所			
初診日	年　　月　　日		
診断名			

1．症状の程度（知的水準などを含む）

保育所での集団保育にあたり、配慮するべきこと等についてご記入ください。

2．集団保育の適否について

□　できる。特別な支援の必要なし。
□　できる。見守りによる支援で足りる。
□　できる。何らかの配慮が必要。
□　できる。多くの支援が必要。
□　できない。

3．現在及び今後の治療について

□完治している
□必要に応じて受診
□経過観察中で、今後も定期的通院を要する。
（　年　・　月　・　週　　回　）
□治療継続中
（　次回診察日　　年　　月　　日　）

4．治療内容について

□処方薬、手術予定は特になし。
□処方薬　　（　無　・　有　→　薬名：
使用の頻度、時間帯：　　回／日、　朝　・　昼　・夜　）
□手術予定　　（　無　・　有　→　時期　　年　　月　　日　）

□医療的ケア　（　無　・　有　→　問5も記入お願いします。）

5．医療的ケアの状況及び所見（医療的ケアを要する場合のみ記入お願いします。）

必要な医療的ケア		受診状況	□　定期 □　不定期

☞　裏面もあります。

医療的ケアの内容と頻度	
服薬状況（処方箋添付可）	□有〔　内容 □無
呼吸障害	□有〔　内容 □無
摂食・嚥下の状態	経口接種　□可　□一部不可　□不可 誤嚥の有無　□有　□無 食形態　□普通食　□その他〔
排尿・排便の障害	□有〔　内容 □無
アレルギー	□有〔　内容 □無
発作の状態	けいれん発作　□有　□無 発作の様子・頻度 〔 発作時の対応 〔
予想される緊急時の状況及び対応	状態・頻度 〔 対応 〔 救急搬送の目安 〔

上記内容について、保護者の同意をもって入所先の保育施設に対し情報提供することに同意します。

記入年月日　令和　年　月　日

医療機関名
住　所
電話番号
医師名　㊞