**疾患等保育園（入園・継続）に関する意見書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **氏 名** | **生年月日** |  |
| **児 童** |  |  |  |
| **疾 患 名** |  | | |
| **既 往 歴** |  | | |
| **病状・経過** |  | | |
| **現在の状況（ 該当項目すべてにチェックをつけ、記入してください）** | | | |
| 病状について　　　　□ 安定している　　　　□ 安定していない | | | |
| * 定期的に受診している （ 頻度：　　　回/　週・月・年 ） | | | |
| * 定期的に検査を行っている   （ 検査内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 最終検査日：　 　年　 /　　　）  （ 検査内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 最終検査日：　 　年　 　/　　　）  （ 検査内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 最終検査日：　 　年　 　/　　　） | | | |
| □ 医療的ケアが必要である （ 回数：　　　回/日）（ 時間：　　　時間ごと ）  　　□ 喀痰吸引（ 口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内 ）  　　□ ネブライザー吸入  　　□ 経管栄養（ 経鼻 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ）  □ 血糖測定　 □ インスリン投与  □ 導尿 □ 人工肛門・人工膀胱のパウチ交換  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ≪医療的ケアが必要な場合≫ | | | |
| ケアの受け入れ（保護者以外）　 　　　□ 拒否なし　　 □ 拒否あり  ケアを開始した時期 　 □ 半年以上経過　　□ 半年未満　　　　　カ月経過  カニューレ・チューブ等、挿入部及び内部の異常（ リスクの度合・　高　・ 中　・ 低 ）  □ なし　　 □ あり 症状・理由  事故抜去時に急変の可能性  □ なし □ あり 理由 | | | |
| * 酸素飽和度を測定している   回数：　　回/日 （ ※飽和度が　　 　**％以下の時の対応**：　　　　　　 　　　　　　　　 　） | | | |
| * 心拍数を測定している   　　１日　　回 （ ※脈拍**回/分以下の対応**：　　　　　　 　　　　　　　　　 　　）  （ ※脈拍**回/分以上の対応**：　　　 　　　　　　　　　　 　　） | | | |
| * 投薬治療中である   1日　　回　朝・昼・夜・他　　　　（ 薬品名：　　　　　　 　　　　　　　　　　　 　　）  1日　　回　朝・昼・夜・他　　　　（ 薬品名：　　　　　　　　 　　　　　　　　　 　　）  1日　　回　朝・昼・夜・他　　　　（ 薬品名：　　　　　　　　 　　　　　　　　　 　　）  **※「お薬手帳」又は「薬剤情報提供書のコピー」を添付してください。** | | | |
| * 手術歴（今後の手術予定含む）がある   術式：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （ 手術日・予定日：　 　年　　/　 　） | | | |
| * リハビリや訓練（今後の予定を含む）を行っている   （ 頻度　　回/ 週・月・年 ）　　　　医療機関名： | | | |
| □ 発作を起こしたことがある  □ 喘息　□ けいれん　□ てんかん　□ その他：  （ 初発：　　年　　/　 　）（ 最終発作：　　年　　/　　　）（頻度：　　回/ 週・月・年 ） | | | |
| （裏面に続く） | | | |
| **食事** | | | |
| □ 自立　　　□ 一部介助　　□ 全介助 | | | |
| □ 普通食　　□ きざみ食　　□ 軟らかめに調理したもの　□ ミキサー食　□ 流動食  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　） | | | |
| **排泄** | | | |
| □ 自立　　　□ 一部介助　　□ 全介助　　□ オムツ使用　　□ その他（　　　　　　　　 　　） | | | |
| **アレルギー** | | | |
| * なし * あり（アレルゲン：　　　　 　　　　　　症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | | | |
| □ 制限する食品等がある  （□ 卵　　□ 乳　　□ 小麦　□ その他：　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 　　） | | | |
| □ 触れられないものがある  （□ 食品：　　　 　　□ ラテックス　□ 猫　□ 犬　□ その他：　　　　　　　　　 ） | | | |
| □ エピペンを持っている  **※保育園に「常備する必要がある薬」「エピペン」等がある場合には、別途投薬指示書が必要です。** | | | |
| **身体的発達** | | | |
| □ 年齢相応の発達　　　　□ 発達に遅れがある（　　　　　　　才児相当　） | | | |
| **知的発達** | | | |
| □ 年齢相応の発達□ 発達に遅れがある（　　　　　　　才児相当　） | | | |
| **介助員（職員の加配）の必要性** | | | |
| □ なし　　　□ あり | | | |
| **日常生活や動作での介助の必要性** | | | |
| □ なし　　　□ あり | | | |
| **≪介助が必要な場合≫ 介助内容を記入してください（例：階段の昇降は右側に立ち介助が必要）**  ・  ・ | | | |
| **姿勢 及び活動の制限・注意事項** | | | |
| □ なし　　　□ あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **※活動の制限が必要なものは、別紙「保育活動一覧表」に「✖」印の記入をお願いします。** | | | |
| **手帳** | | | |
| □ なし　　　□ あり（　身体障害者・療育・精神障害者保健福祉　）　　　□ 申請中 | | | |
| **集団生活（保育園での活動）** | | | |
| □ 可　能　　　理由：  □ 不可能　　　理由： | | | |
| **その他、注意事項等** | | | |

　記入日年　　　月　　　日

医療機関名

住　　　所

電　　　話

（ＦＡＸ）

医師名

**保育活動一覧表**

　　　　　　　　　 児童氏名

* **活動の制限が必要なものに｢✖｣印をお願いします。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 活　　動 | ごく軽度の活動 | | | 軽度の活動 | | 中等度の活動 | |  | 強めの活動 |
| 室内遊び |  | 椅子に座って  製作 | |  | 大型積木 |  | ハイハイ |  | 跳び箱 |
|  | 室内用の滑り台 |  | 高這い |  | マット（前転等） |
|  | ブロック | |  | 平均台 |  | しがみつき |  |  |
|  | 粘土 | |  |  |  | 転がる |
|  | お絵かき | |  | ジャンプ |
|  | 折り紙 | |  | スキップ |
|  | 手遊び | |  | 行進 |
|  |  | |  | ブリッジ  （マット運動） |
|  | 走る |
|  | 椅子取りゲーム |
| 戸外活動 |  | 砂場遊び | |  |  |  | 自分のペースで歩く |  | 友達と手をつなぎ、  同じペースで歩く  （片道30～40分  かかる場所へ  出かける） |
|  | ままごと遊び | |
|  | 泥遊び | |  | 滑り台 |
|  |  | |  | うんてい |
|  | ブランコ |
|  | ジャングルジム |  | サッカー |
|  | |  |  |  | 鉄棒 |  | 鬼ごっこ（走りまわる） |
|  | 三輪車 |
|  | リヤカー引き |  | ボール投げ |
|  |  |  | ドッヂボール |
|  | タイヤ飛び |
|  | マラソン |
|  |  | |  | 縄跳び |
|  | 跳び箱 |
| プール |  | 水遊び | |  |  |  | 水につかる |  | 水にもぐる |
|  |  | |  | 顔付け |  | バタ足 |
|  |  |  | 輪くぐり |

（裏面に続く）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 行　　事 | おまつり  ごっこ |  | 15～20分の活動（踊り、みこしかつぎ等）  ※夏の園庭で実施（全体で2時間程度） |
| 運動会 |  | 行進、開会式、リレー、遊戯、綱引き、玉入れ、親子競技等  ※春、又は秋に実施（半日・午前中） |
| 遠足 |  | 徒歩遠足（年中・年長）  ・往復2時間程度歩く。  ・お弁当、水筒、着替えをリュックに入れて背負って歩く。 |
|  | バス遠足（年長）  ・バスに乗る（１時間程度）  ・お弁当、水筒、着替えを入れたリュックを背負って歩く。  （バスから会場まで10分程度）  ・博物館の見学（半日）  ・大型遊具で遊ぶ（トランポリン等） |
| 生活  発表会 |  | 発表、見学  ・室内で秋から冬頃に実施（全体で1時間程度） |
|  | 歌を歌う |
|  | 劇に参加 |
|  | 楽器の演奏 |

　　　　　　　　　　　記入日　　　　　年　　　月　　　日

医療機関名

住　　　所

電　　　話

（ＦＡＸ）

医師名

**投薬指示書**

（氏名）　　　　　　　　　　　　さんについて

当院で加療中です。登園の際は、保護者に代わり下記の指示どおり投薬をお願いします。

疾患名：

**薬の処方内容**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 薬の名前  用量  使用順位 | 投薬方法  使用順位 | 注意事項  （副作用含む） | 保存方法 | 薬の有効期限 |
| **記載例**  ポララミン  ｍｇ  **（※用量記載）** | ・○○を食べて発疹が出た時に内服する。  ・効果がなければ②を投与する。 | ・〇〇の症状が  ある時は、ポララ  ミンは内服せず、  ②を投与する。  ・副作用でふらつく  ことがある。 | 冷所 |  |
| ① |  |  |  |  |
| ② |  |  |  |  |
| ③ |  |  |  |  |
| ④ |  |  |  |  |
| **投薬をしても次のような症状がある時は、救急車を呼ぶ**  ・  ・  ・ | | | | |

　　　　　　　　　　　　記入日年　　　月　　　日

医療機関名

住　　　所

電　　　話

（ＦＡＸ）

医師名