

津市長  
施設長

\*様式は津市HPからダウンロードできます。  
\*ご家族の負担がないようなり取りにご配慮ください。

施設長は次の児童について、貴園における医療的ケアの実施をお願いします。  
利用保育所等の担当看護師等が以下の医療的ケアを実施することに同意します。

## 医療的ケア主治医意見書(兼診療情報提供書)・指示書

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                             |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------|
| ふりがな<br>児童名                |                                                                                                                                                                                                                             | 性別 | 男・女                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 生年月日 | H・R ● 年 ● 月 ● 日<br>● 歳 ● か月 |
| 診断名                        | 診断されている全ての診断名のご記入をお願いいたします。                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                             |
| 経過                         | 必要に応じて別紙を添付してください。<br>出生時からこれまでの経過について、ご記入をお願いいたします。                                                                                                                                                                                                                                                         |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                             |
| 所見等                        | 病状の安定性、発達や日常生活活動度、治療や生活管理の上での配慮事項などについてご記入ください。<br>対象児童に関する配慮事項などについて、詳しくご記入をお願いいたします。                                                                                                                                                                                                                       |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                             |
| 主な治療と<br>今後の見通し            | 必要に応じて別紙を添付してください。<br>これまでの入院・治療歴、今後の入院・治療予定があれば、ご記入をお願いいたします。                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                             |
| 保育所等での保<br>育の適性につい<br>ての見解 | (あてはまる□のすべてにレ点を入れてください)<br><input checked="" type="checkbox"/> 保育所等で集団の生活が可能である(「様式3(別紙)」参照)<br><input checked="" type="checkbox"/> 在宅生活が安定している<br><input checked="" type="checkbox"/> 概ね3か月の間、疾患の悪化による入退院を繰り返していない<br>保育所は集団で生活する場であり、感染症に罹患することが想定されます。そのため、より持病が悪化するリスクがあることも踏まえ、保育教育の適性についての見解をお願いいたします。 |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                             |
|                            | 医療的ケアの内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    | 留意点(注意事項などを)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |                             |
| 経管栄養                       | <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養(□経鼻 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう □腸ろう □その他( ))<br>・注入方法<br>□シリンジ <input checked="" type="checkbox"/> イリリガートル<br>・1日(5)回注入のうち保育所等で(2)回注入                                                                                                                  |    | ①注入時の注意点(姿勢など)<br>注入時はセミファラー位で<br>②胃残の指示<br>①9時半 前吸引で120ml超えていたら保護者へ連絡、吸引したものは戻す<br>②11時 前吸引は破棄<br>③保育所等での注入時間・注入内容・注入速度<br>①9時半 白湯50ml+エア3ml<br>②11時 内服+ミルク200ml/20~30分+白湯3ml+エア3ml                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |                             |
| 吸引                         | <input type="checkbox"/> 口腔内<br><input type="checkbox"/> 鼻腔<br><input checked="" type="checkbox"/> 気管カニューレ(内腔サイズ: 4.5 mm)                                                                                                                                                                                    |    | ①吸引チューブサイズ、挿入の長さ<br>8Fr, 6cm<br>②吸引圧<br>10~20kPa<br>気管カニューレが抜けた時の対応方法を「緊急時の対応」の欄に記載してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |                             |
| 導尿                         | <input checked="" type="checkbox"/> 導尿<br><input type="checkbox"/> 自己導尿の補助・援助<br><input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                                                                                |    | 1日6回のうち、2回を園で実施<br>(導尿の間隔は4~5時間毎)<br>清潔操作で実施すること<br>高熱(風邪症状なく、38.5℃以上)、尿混濁時等の対応方法を「緊急時対応」の欄に記載してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |                             |
| 血糖管理                       | 血糖測定( <input checked="" type="checkbox"/> 持続自己血糖測定器<br><input type="checkbox"/> 血糖自己測定器)<br><input checked="" type="checkbox"/> インスリン注入(□ポンプ <input checked="" type="checkbox"/> ペン型)<br>(薬剤名: )<br><input type="checkbox"/> その他( )                                                                          |    | ①配慮が必要な場合は具体的に記載してください。<br>(インスリン投与時間と投与量、食事摂取量による対応方法等)<br>持続自己血糖測定器で、登園時、昼食直前、昼食後、外活動の前、長時間の外活動の途中(1時間を超える場合は1時間ごと)、帰る時に血糖値を測定する<br>インスリンは食事の直前、または直後に投与する<br>インスリンアスバルトを昼食前に1単位投与<br>②低血糖時の対応<br>昼食前の血糖値60mg/dlの時はインスリン投与はしないでください<br>食事以外の時、血糖値60mg/dlの時は補食を摂取。詳細内容は別紙参照<br>③高血糖時の対応方法<br>昼食前の血糖値300~399mg/dlの時、0.5単位追加<br>400mg/dl以上の時、1単位追加<br>おやつ前の血糖値250mg/dl以上の時、0.5単位投与<br>インスリン投与指示書等が別にある場合は、その旨を記載し、写しを添付してください。また補食に関しては、具体的な内容、量をお書きください。 |      |                             |
| 酸素療法                       | <input checked="" type="checkbox"/> 酸素カスラ( 0.5 ℓ/分)<br><input type="checkbox"/> 酸素マスク( ℓ/分)                                                                                                                                                                                                                  |    | ①具体的な判断基準・酸素流量・方法を記載してください。<br>酸素カスラ0.5ℓでSpO2 94%以上をKeepするように。<br>②パルスオキシメーター常時使用の場合<br>(値が下がった時の具体的な対応方法を記載)<br>③対応が必要になる基準・内容を具体的に記載してください。<br>SpO2 94%未満の場合、94%をkeepするよう、酸素カスラ0.5ℓずつ上げ、max2ℓまで調整。2ℓで5分経過しても94%まで上昇しなければ保護者に連絡。                                                                                                                                                                                                                        |      |                             |

※ 裏面もあります

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 投薬         | <input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input checked="" type="checkbox"/> 注入 <input type="checkbox"/> 座薬<br><input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                         | 薬剤情報提供書、お薬手帳も確認のこと |
| 食物アレルギー    | <input checked="" type="checkbox"/> あり（アレルギー： 乳 ）<br><input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                     |                    |
| 摂食嚥下状態     | 【経口摂取】 <input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可<br>【食事形態】 <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input checked="" type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> きざみ食<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                    |
| 緊急時の対応     | 【状態】<br><br>【対応】<br><br>【緊急搬送の目安】<br><br>【搬送までの対応】<br><br>【緊急搬送先名・電話】                                                                                                                                                                                                                |                    |
| てんかん発作時の対応 | 発作の様子・頻度・時間・対応方法等                                                                                                                                                                                                                                                                    |                    |
| その他        |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |

下に該当する場合や、疾患や状態から想定される緊急時の対応の記載をお願いいたします。

- ・胃ろう・腸ろう・NGチューブが抜けた時の対応方法
- ・気管カニューレが抜けた時の対応方法
- ・導尿のケアで、高熱(風邪症状なく、38.5℃以上)、尿混濁があった場合の対応方法 等

令和 年 月 日

医療機関名：

医療機関所在地： 番地 (電話： )

主治医氏名：

本意見書に関してのお問い合わせ先

津市保育こども園課 保育支援担当 (電話:059-229-3270)

【新規利用児童の場合】保護者 → 主治医 → 保護者 → 保育こども園課(写し) → 保育所等(原本)

【在園児の場合】保護者 → 主治医 → 保護者 → 保育所等(原本) → 保育こども園課(写し)

保育所等における活動のめやす

様式3(別紙)

ふりがな  
〔児童名〕

令和 年 月 日

〔制限の有無〕 ☒ 制限あり ・ ☐ 制限なし

○制限ありにチェックした場合は下記項目の中から保育所等でおこなっても問題のない活動に☑を入れてください。  
下記の内容は通常保育活動内容等です。

| 保育所等での主な活動等 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 軽い活動        | 「軽い活動」：ほとんど息がはずまない程度の活動                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|             | <div><div><input checked="" type="checkbox"/> 腕や足の曲げ伸ばしや開閉をする</div><div><input checked="" type="checkbox"/> 抱っこされる</div><div><input checked="" type="checkbox"/> 室内遊び</div><div><input type="checkbox"/> その場でジャンプする</div></div> <div><div><input checked="" type="checkbox"/> 手指を使った遊び</div><div><input type="checkbox"/> 砂遊び</div><div><input checked="" type="checkbox"/> 滑り台を自分ですべる</div><div><input type="checkbox"/> ボールを投げたり蹴ったりする</div></div> |

※ 第3号様式（医療的ケア主治医意見書（兼診療情報提供書）・指示書）と一緒に作成をお願いします