

申込児童に関する意見書

下記児童が認可保育園・地域型保育施設(以下保育施設)の申込をするために、ご意見をお聞かせください。

この意見書は、保育施設の入所判定時に児童の状態を把握するために使用します。

保育施設は療育施設等とは異なり集団生活となるため、生活をする上で配慮が必要かどうかについてもご意見をお聞かせください。

殿

下記内容は、本児が保育施設を利用することとなる場合、その利用先の保育施設に対し情報提供いたします。

児童氏名 _____ 男・女 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病名・障害名・状態像 _____

1. 症状、今後の見通しなどについて

2. 本児が保育施設で集団生活をする事について

本児が集団生活をする事は望ましくない。 → 理由 _____

本児が集団生活をする事は望ましい。 → 理由 _____

*本児が集団生活を送るうえで①～⑩の項目についてお答えください。

①健康状態についての配慮：必要 不要

⑥屋外運動についての制限や配慮：必要 不要

②食事についての制限や配慮：必要 不要

⑦感覚異常：あり なし

③排泄についての配慮：必要 不要

⑧コミュニケーション：とれる 苦手

④睡眠についての配慮：必要 不要

⑨言葉の遅れ：あり なし

⑤運動についての制限や配慮：必要 不要

⑩その他特記すべき配慮：あり なし

①～⑩についての具体的な内容、またはその他配慮が必要な項目があればご記入ください。

3. 医療的ケアの要否：必要 不要

(鼻口からの吸引 気管カニューレからの吸引 栄養剤の注入(胃管 胃ろう EDチューブ)

薬剤の注入 酸素投与 導尿 血糖測定 薬液の吸入 その他)

4. 緊急時の対応等その他の留意事項があればご記入ください。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名 _____

電 話 _____

担当医師名 _____

医療的ケアと情報

指示日 平成 年 月 日

患者氏名	生年月日： 平成 年 月 日 歳
疾患名	表面参照
<input type="checkbox"/> 与薬 <input type="checkbox"/> 栄養	与薬時間 _____ 時 <input type="checkbox"/> 経口 (ペースト、きざみ食、幼児食) <input type="checkbox"/> 注入
緊急時投薬・処置	(坐剤、注射など)
医療ケア	<input type="checkbox"/> 鼻口腔内吸引 吸引時の注意点 _____ <input type="checkbox"/> 気管内吸引 吸引チューブ挿入長さ _____ cm 吸引時の注意点 _____ _____ <input type="checkbox"/> 吸入 吸入時の注意点： _____ <input type="checkbox"/> 経管栄養 経鼻胃管・経鼻十二指腸管・胃ろう・腸ろう 時間 _____ 内容 _____ 方法 _____ 量 _____ (所要時間) 挿入の長さ _____ cm <input type="checkbox"/> その他 (導尿・酸素・呼吸器・観察ポイント・療育時の注意点など) _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> 必要とする特別な配慮と禁忌事項 _____ _____ <input type="checkbox"/> 緊急時のリスクと対応 _____ <input type="checkbox"/> 胃ろう、鼻腔チューブ、十二指腸チューブ抜去 胃瘻は代替りの吸引チューブを取りあえず入れ病院へ搬送 十二指腸チューブ抜去は、保護者を呼び病院に搬送 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ抜去 可及的に抜けたチューブもしくは緊急用チューブを挿入 その他 (SpO2 の低下、低血糖時、けいれん時など) <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()

平成 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

電話番号

医師氏名

印

氏名 _____

施設名 _____

/利用クラス () 歳児

診断名 _____

下記の表は通常保育活動です。年齢に関係なくこの表の中から可能な項目に印をつけてください。

年齢相当以下の活動であれば、おおむね相当する年齢欄に記入ください

年齢別活動内容 利用クラス	軽い運動			中等度の運動			強い運動		
	0歳児	<input type="checkbox"/> 腕や足の曲げ伸ばしや開閉をする <input type="checkbox"/> すべり台(室内用)を大人にさせてもらう <input type="checkbox"/> 抱っこされる	<input type="checkbox"/> 手を握って体を起こす <input type="checkbox"/> 散歩(10分程度) <input type="checkbox"/> 抱っこして左右に揺らす	<input type="checkbox"/> 水遊び(手足を水につける) <input type="checkbox"/> 布に乗せて揺らす <input type="checkbox"/> 激しく泣く <input type="checkbox"/> 音楽に合わせて全身を揺らす					
	1歳児	<input type="checkbox"/> 砂あそび <input type="checkbox"/> すべり台を自分ですべる <input type="checkbox"/> ボールを追う	<input type="checkbox"/> 散歩(分程度まで可能)(最高1km往復30分程度) <input type="checkbox"/> 階段の昇り降り(段位) (室内2往復程度) <input type="checkbox"/> コンビカー(四輪ミニカー)に乗る	<input type="checkbox"/> 走る(分程度まで可能) <input type="checkbox"/> 水遊び(腰まで水につける) <input type="checkbox"/> 坂登り <input type="checkbox"/> 音楽に合わせて全身を動かす					
	2歳児	<input type="checkbox"/> 砂あそび <input type="checkbox"/> すべり台を自分ですべる <input type="checkbox"/> その場でジャンプする	<input type="checkbox"/> 散歩(最高2km往復40分程度) <input type="checkbox"/> 階段の昇り降り(歩道橋等) <input type="checkbox"/> 三輪車をこぐ <input type="checkbox"/> ボールを投げたり蹴ったりする	<input type="checkbox"/> 走る(分程度まで可能)(鬼ごっこ休憩しながら15分程度) <input type="checkbox"/> 水遊び(胸まで水につける) <input type="checkbox"/> プール遊び(プール内15分程度) <input type="checkbox"/> 高いところから飛び降りる(50cmくらい) <input type="checkbox"/> 音楽に合わせてリズムカルに動く					

生活
<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 沐浴 <input type="checkbox"/> うす着
行事その他
<input type="checkbox"/> 遠足 徒歩 <input type="checkbox"/> 遠足 バス <input type="checkbox"/> 運動会
在園継続の場合
<input type="checkbox"/> 施設独自の取り組みで、運動量等について、主治医に確認したい活動を、施設と相談の上ご記入ください。 例：マラソン、体操教室等

保育時間
<input type="checkbox"/> 通常保育時間(8時間・11時間) <input type="checkbox"/> 保育時間制限必要(時間)
所見
<input type="checkbox"/> 呼吸困難 頻呼吸 <input type="checkbox"/> SpO2の低下 <input type="checkbox"/> 分泌物の増加 <input type="checkbox"/> 脈の異常(頻脈) <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 特になし

該当する指導区分に○をしてください。

指導区分	A	B	C	D	E
	在宅医療	基本的な生活は可能だが運動は不可	軽い運動には参加可	中程度の運動まで参加可	強い運動にも参加可

※『軽い運動』…同年齢の平均的乳幼児にとって、ほとんど息がはずまない程度の運動。

※『中等度の運動』…同年齢の平均的乳幼児にとって、少し息がはずむが、息苦しくない程度の運動で、身体の強い接触を伴わないもの。

※『強い運動』…同年齢の平均的乳幼児にとって、息がはずみ息苦しさをかんじるほどの運動。

保育のめやす (3～5歳児用)

氏名 _____ 施設名 _____ / 利用クラス () 歳児

診断名 _____

下記の表は通常保育活動です。年齢に関係なく可能な項目に印をつけてください。年齢相当以下の活動であれば、おおむね相当する年齢欄に記入ください

年齢別活動内 (利用クラス)	年齢			生活	保育時間
	3歳児	4歳児	5歳児	行事その他	所見
	軽い運動 <input type="checkbox"/> 砂あそび <input type="checkbox"/> すべり台をすべる <input type="checkbox"/> ボールを投げたり、蹴ったりする	中等度の運動 <input type="checkbox"/> 散歩 (分まで) (最高 3 km 往復 50 分程度) <input type="checkbox"/> 階段の昇り降り (階程度) (歩道橋等) <input type="checkbox"/> 鉄棒のぶらさがり <input type="checkbox"/> 三輪車をこぐ <input type="checkbox"/> マット遊び	強い運動 <input type="checkbox"/> 走る (mまで) (分まで) 鬼ごっこ休憩しながら 20 分程度) (長距離かけっこ 200m) <input type="checkbox"/> 水遊び <input type="checkbox"/> プール遊び (プール内 15 分程度) <input type="checkbox"/> 高いところから飛び降り (60cm 程度) <input type="checkbox"/> 音楽に合わせて全身を動かす	<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 午睡準備 (布団運び) <input type="checkbox"/> 素足で活動 <input type="checkbox"/> うす着	<input type="checkbox"/> 通常保育時間 (8 時間・11 時間) <input type="checkbox"/> 保育時間制限 (時間)
	<input type="checkbox"/> 砂あそび <input type="checkbox"/> すべり台をすべる <input type="checkbox"/> ボールを投げたり、蹴ったりする	<input type="checkbox"/> 散歩 (分まで) (最高 4 km 往復 1 時間程度) <input type="checkbox"/> 階段の昇り降り (階程度) (歩道橋等) <input type="checkbox"/> 鉄棒の前まわり・足抜きまわり <input type="checkbox"/> 登り棒を補助されて登る <input type="checkbox"/> 水遊び	<input type="checkbox"/> 走る (mまで) (分まで) (鬼ごっこ休憩しながら 30 分程度) (長距離かけっこ 300m) <input type="checkbox"/> プール遊び (プール内 20 分程度) <input type="checkbox"/> ドッジボール <input type="checkbox"/> 相撲 <input type="checkbox"/> 縄跳び <input type="checkbox"/> 太鼓橋を渡る <input type="checkbox"/> 音楽に合わせて全身を動かす	<input type="checkbox"/> 遠足 徒歩 <input type="checkbox"/> 遠足 バス <input type="checkbox"/> 運動会 <input type="checkbox"/> 宿泊保育	<input type="checkbox"/> 呼吸困難 頻呼吸 <input type="checkbox"/> SpO ₂ の低下 <input type="checkbox"/> 分泌物の増加 <input type="checkbox"/> 脈の異常 (頻脈) <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特になし
<input type="checkbox"/> 砂あそび <input type="checkbox"/> すべり台をすべる <input type="checkbox"/> ボールを投げたり、蹴ったりする	<input type="checkbox"/> 散歩 (分まで) 最高 5 km 往復 1 時間 15 分程度) <input type="checkbox"/> 鉄棒前まわり <input type="checkbox"/> ものを運ぶ (給食・バケツの水) <input type="checkbox"/> 登り棒を自分で上まで登る <input type="checkbox"/> 太鼓橋を渡る <input type="checkbox"/> 水遊び	<input type="checkbox"/> 走る (mまで) (分まで) (鬼ごっこ休憩しながら 40 分程度) (長距離かけっこ 500m) <input type="checkbox"/> プール遊び (分まで) (プール内 20～30 分程度) <input type="checkbox"/> とび箱を助走して飛ぶ <input type="checkbox"/> 鉄棒の逆上がり <input type="checkbox"/> 相撲 <input type="checkbox"/> サッカー <input type="checkbox"/> ドッジボール <input type="checkbox"/> 縄跳び <input type="checkbox"/> 音楽に合わせて全身を動かす	在園継続の場合 <input type="checkbox"/> 施設独自の取り組み で、運動量等について、 主治医に確認したい活 動を、施設と相談の上 ご記入ください。 例：山登り、マラソン、竹馬 等 ()		

該当する指導区分に○をしてください。

指導区分	A	B	C	D	E
	在宅医療	基本的な生活は可能だが 運動は不可	軽い運動には参加可	中程度の運動まで 参加可	強い運動にも 参加可

※『軽い運動』…同年齢の平均的乳幼児にとって、ほとんど息がはずまない程度の運動。

※『中等度の運動』…同年齢の平均的乳幼児にとって、少し息がはずむが、息苦しくない程度の運動で、身体の強い接触を伴わないもの。

※『強い運動』…同年齢の平均的乳幼児にとって、息がはずみ息苦しさをかんじるほどの運動。

医療的ケア指示書

標記の件について、下記のとおり指示いたします。指示期間(平成 年 月 日～平成 年 月 日)

保育園 / 幼稚園	
氏名	生年月日 平成 年 月 日 歳
主たる疾患名	

※該当の指示内容に☑(チェック)・数値等を記入してください。

<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻胃管) <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> 喀 痰 吸 引	<input type="checkbox"/> 鼻、口からの吸引 吸引カテーテルのサイズ()Fr. 吸引圧()cmH2O 以下 鼻からの挿入の長さ()cm 口からの挿入の長さ()cm 注意点など [] ※持続吸引について 吸引カテーテルのサイズ()Fr. 吸引圧()cmH2O 部位(鼻・口) 挿入の長さ()cm 注意点など [] <input type="checkbox"/> 気管カニューレからの吸引(または気管内吸引) 吸引カテーテルのサイズ()Fr. 吸引圧()cmH2O 以下 カニューレ入り口からの挿入の長さ()cm 注意点など []
	種類 <input type="checkbox"/> 鼻腔留置チューブ サイズ()Fr. 挿入長さ()cm <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 栄養剤注入 栄養剤 実施時間(:) (:) 内容・量() 注入時間(分～ 分) <input type="checkbox"/> 胃残量が()未満の時は そのまま予定量を注入する <input type="checkbox"/> 胃残量が()ml 以上()ml 未満の時() <input type="checkbox"/> 胃残量が()ml 以上の時() <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある(褐色・黄色・緑色)場合は() <input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 () <input type="checkbox"/> 水分注入 実施時間(:) (:) 内容() 1回量() 注入速度(分～ 分) <input type="checkbox"/> 胃残量が()未満の時は そのまま予定量を注入する <input type="checkbox"/> 胃残量が()ml 以上()ml 未満の時() <input type="checkbox"/> 胃残量が()ml 以上の時() <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある(褐色・黄色・緑色)場合は() <input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 () <input type="checkbox"/> 薬剤注入 実施時間(:) (:) 注意点など [] <input type="checkbox"/> 胃からの脱気 脱気のタイミング ・注入前 ・注入中 ・注入後 ・その他(:) (:) 注意点など []

※該当の指示内容に☑(チェック)・数値等を記入してください。 氏名()

の観察 <input type="checkbox"/> 気管切開部	<input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 肉芽について 有 ・ 無 ・ 検査(ヶ月毎) ・ 不定期(最終検査 年 月) カニューレの種類()内径()mm 入口から先端までの長さ()cm カニューレ抜去時や、気管切開部・気管内出血への対応など []
部の観察 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう	①チューブの種類() サイズ()Fr. ()cm 挿入 バルンの水の量()ml Yガーゼ 有 ・ 無 ②チューブの種類() サイズ()Fr. ()cm 挿入 バルンの水の量()ml Yガーゼ 有 ・ 無 チューブ抜去時の対応など []
<input type="checkbox"/> 導尿	実施時間 (:) (:) (:) (:) (:) カテーテルの種類 () サイズ()Fr. 尿道に挿入する長さ()cm 用手圧迫 (可 ・ 不可) 注意点など []
吸入 <input type="checkbox"/> 定時の薬液	吸入時間 (:) (:) 吸入薬内容/量 (/) (/) (/) (/) 注意点など []
管理 <input type="checkbox"/> 酸素	酸素流量()L/分 SpO2()%以下の場合 [] 注意点など []
チェック <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の	本人の状態及び呼吸器の作動状況における注意点 [] 起こりやすいトラブルと対処方法 [] 条件は別紙参照してください
測定等 <input type="checkbox"/> 血糖値	測定時間 (:) (:) 対処方法 詳細は別紙に記載のこと
<input type="checkbox"/> その他 別紙あり	

殿

平成 年 月 日

機関名 _____

医師名 _____ 印

住所 _____

電話 _____