

第2号様式

(医療的ケア実施・体験保育申込時)

主治医意見書

氏名	男・女 (年 月 日生 歳)
住所	
診断名	
主症状	
既往歴	
現在までの治療の内容、期間、経過その他 参考になること	
今後の方針	
身長・体重	身長 (cm) 体重 (kg) (年 月 日現在)
服薬状況 (処方箋添付)	
痙攣の既往	
医療的ケアの項目	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (気管カニューレ内部) 吸引カテーテル Fr. cm <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (口腔・鼻腔) 吸引カテーテル Fr. cm <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 cm (水分 栄養剤) <input type="checkbox"/> 胃ろう Fr. cm (水分 栄養剤) <input type="checkbox"/> 腸ろう Fr. cm (水分 栄養剤) <input type="checkbox"/> その他
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 (緊急搬送の目安等)

