

## 主 治 医 指 示 書

保育所等名		年少 ・ 年中 ・ 年長
園児氏名		生年月日： 年 月 日
【指示内容】 指示期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日）		
主たる傷病名		
症状・治療経過		
投与中の薬剤		
指示事項	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 ・ <input type="checkbox"/> 胃ろう ・ <input type="checkbox"/> 腸ろう 時間・回数・量（ ）
	<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 口腔・ <input type="checkbox"/> 鼻腔・ <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内・ <input type="checkbox"/> 気管 カテーテルサイズ（ Fr）、挿入（ cm）、回数（ ）
	<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 間欠・ <input type="checkbox"/> 留置、（ Fr）、挿入（ cm）、時間（ ）
	<input type="checkbox"/> 血糖管理	※具体的に内容をご記入下さい
	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> カヌラ（ ）ℓ/min <input type="checkbox"/> マスク（ ）ℓ/m
	<input type="checkbox"/> その他	
留意事項		
保育所等での生活上の注意及び配慮事項	【園生活上の制限】	<input type="checkbox"/> 制限なし：同年齢時と同じ強度・速度の生活及び運動が可能 <input type="checkbox"/> 制限なし：本児のペースで発達に応じた生活及び運動が可能 <input type="checkbox"/> 制限あり：（ ）
	【園生活上の配慮】	<input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> 部分的に必要とする <input type="checkbox"/> 常に必要とする
緊急時の対応・連絡先		

上記のとおり、医療的ケアの実施を指示します。

年 月 日

（保育所等名）\_\_\_\_\_

園 長 \_\_\_\_\_ 様

医療機関名：

所在地：

電話番号：

医師名： \_\_\_\_\_ (印)