

## 集団保育に係る医療的所見（個別支援保育）

(ふりがな) 氏名		性別	男 ・ 女
住所	うるま市	生年月日	H ・ R 年 月 日

本児の状態	
-------	--

医師所見	<p>※保育施設(保育所・幼稚園・認定こども園)への入所(集団保育)を希望しています。本児の状態及び保育先等についてご意見をお聞かせください。</p> <p>(イ) 本児の状態について（当てはまるもの全てに☑してください）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 通常の集団保育が可能である。</li> <li><input type="checkbox"/> 入所は可能だが、個別支援保育が望ましい。</li> <li><input type="checkbox"/> 入所は可能だが並行して療育(児童発達支援事業所)を利用することが望ましい。</li> <li><input type="checkbox"/> 入所は可能だが、安全面等において個別支援保育は必須である。</li> <li><input type="checkbox"/> 専門機関(児童発達支援事業所や医療機関等)での療育が望ましい。</li> <li><input type="checkbox"/> 感染症が重症化する恐れがある。</li> <li><input type="checkbox"/> 保育時間内に看護師等による投薬や治療(医療的ケア)が必要である。</li> <li><input type="checkbox"/> 病状や健康状態が安定していない。</li> </ul> <p>(ロ) 本児の状態に応じた保育先及び支援先について(当てはまるもの全てに☑してください。)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 保育施設(保育所)</li> <li><input type="checkbox"/> 児童発達支援事業所</li> <li><input type="checkbox"/> 家庭保育</li> <li><input type="checkbox"/> 医療機関(中部療育医療センター等)</li> <li><input type="checkbox"/> その他( )</li> </ul>
------	--

※障がいの程度(知的水準など含む)、配慮すべき点がわかる内容。

医療的所見として上記の通りである。

所見書作成年月日                      令和            年            月            日

医療機関名  
所在地  
電話番号  
医師名

印