

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"> <input type="checkbox"/> 通常の集団保育が可能である。 <input type="checkbox"/> 入所は可能だが、個別支援保育(加配配置)が望ましい。 <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。 <input type="checkbox"/> 入所は可能だが、安全面等において個別支援保育(加配配置)は必須である。 <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。 <input type="checkbox"/> 感染症が重症化する恐れがある。 <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。 <input type="checkbox"/> 病状や健康状態が安定していない。 <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"> <input type="checkbox"/> 保育施設(保育所) <input type="checkbox"/> 児童発達支援事業所 <input type="checkbox"/> 家庭保育 <input type="checkbox"/> 医療機関(中部療育医療センター等) <input type="checkbox"/> その他() |
| | <p>※障がいの程度(知的水準など含む)、配慮すべき点が見える内容。</p> |

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