

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)に適するかどうかについてご意見ください。</p> <p>(イ) 通園上、精神的・身体的に集団保育に適する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 通常の集団保育が可能。 <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)を必要とする。 <p>(ロ) 通園上、精神的・身体的に集団保育に適さない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 専門機関での療育が望ましいと思われるため。 <input type="checkbox"/> 感染症が重症化する恐れがあるため。 <input type="checkbox"/> 日常的に医療機関による投薬や治療が必要なため。 <input type="checkbox"/> その他(
------	--

※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