

(別紙様式)

保護者→主治医→保護者→喜多方市

喜多方市長 宛

主治医意見書

児童氏名		生年 月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
診断名			
経過及び現在の状況	初診日： 年 月 日		
定期受診	<input type="checkbox"/> 1か月に 回 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 1週間に 回		
服薬状況	<input type="checkbox"/> あり (内容) <input type="checkbox"/> なし		
必要な医療的ケア	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (鼻腔 ・ 胃ろう ・ 腸ろう) <input type="checkbox"/> 吸引 (口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管) <input type="checkbox"/> その他 ()		
予想される緊急時の状況及び対応			
保育施設等で集団生活をさせることについて	<input type="checkbox"/> 適当である <input type="checkbox"/> 望ましくない	(望ましくない理由)	
保育上必要とする特別な配慮	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(ありの場合、その配慮の内容)	
てんかんが起りうる状況			

作成日 令和 年 月 日

医療機関名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

医師氏名 _____ 印