

様式 個④-ク

集団保育に係る医療的所見(個別支援保育)

(ふりがな)		性別	男 ・ 女
氏名			
住所	久米島町	生年月日	令和 年 月 日

本児の状態	
-------	--

医師所見	<p>※保育施設への入所(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のご意見をお聞かせください。</p> <p>(1) 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> <p><input type="checkbox"/> 通常の集団保育が可能である。</p> <p><input type="checkbox"/> 入所は可能だが、個別支援保育が望ましい。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> 感染症が重症化する恐れがある。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/> 病状や健康状態が安定していない。</p> <p>(2) 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> <p><input type="checkbox"/> 保育施設(保育所)</p> <p><input type="checkbox"/> 児童発達支援事業所</p> <p><input type="checkbox"/> 家庭保育</p> <p><input type="checkbox"/> 医療機関</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>
------	--

	<p>※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。</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