個別支援教育に係る様式

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) 氏 名		性 別	男 ・ 女
住 所	久米島町	生年月日	令和　　年　　月　　日

本児の状態	
医師所見	**※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。** (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) □通常の集団保育が可能である。 □入所は可能だか、個別支援保育が望ましい。 □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。 □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。 □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。 □感染症が重症化する恐れがある。 □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。 □病状や健康状態が安定していない。 (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。) □保育施設(保育所) □児童発達支援事業所 □家庭保育 □医療機関 □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