【様式３】　　　　学校等　→　保護者　→　＊主治医　→　保護者　→　学校等（写し保管）→　教育委員会

加東市教育員会　宛

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 幼児児童生徒名 | |  | 受診状況 | | * 定期 □　不定期 |
| 診断名 (基礎疾患名) | |  | アレルギー   * 有 * 無 | | アレルゲン  ( )  症状  ( )  注意事項等  ( ) |
| 学校等における 医療的ケア | | □　痰の吸引 □　経管栄養  □　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 服薬状況 | | □　良 □　不良 | | | |
| 呼吸状態 | | 呼吸障害　　□　有　(内： )  　　　　　　　□　無 | | | |
| 摂食・嚥下 の状況 | | 経口摂取の可否　　 　□　可　　□　一部可　　□　不可  誤嚥の有無　　　　　 □　有　　　　　　　　　□　無  食事形態　　　　　　 □　普通食 □　刻み食 □　ペースト  □　その他( ) | | | |
| 医療的ケア実施 に関する留意点 | |  | | | |
| 学校等の生活で留意する点 | プール  学習 | □　可　　□　条件付き可　　□　不可  □　その都度相談を要す | | (条件) | |
| 遠足  社会見学 | □　可 □　条件付き可 □　不可  □　その都度相談を要す | | (条件) | |
| 宿泊学習 | □　可 □　条件付き可 □　不可  □　その都度相談を要す | | (条件) | |
| その他 | □　有(内容： )  □　無 | | | |

**医療的ケアに関する主治医意見書・指示書**

記入日：　　　　年　　月　　日

医療機関名：

医師名：