【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：