

別紙

# 申込児童の健康状況調書

【健康面で配慮が必要なお子様】

該当する□に✓をつけ、( )の中は、記入または○で囲んでください。いただいた情報はお子様を安全にお預かりするために活用します。正確に記入してください。

(ふりがな) 児童氏名	生年月日	性別
( )	年 月 日	男・女
	( 歳 か月)	

病名 (合併症を含む)	病気について
	治療経過
	今後の治療や見通しについて
	主治医からの説明内容 日常生活での注意点、制限  早期に受診すべき症状
	救急車を呼ぶべき状況
	就園および集団生活に関する主治医の許可 <input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認 ・園生活で気を付けた方がよいこと
必要な医療的ケア (自宅で行っていることについて、記載してください)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(下の欄に記入してください)
	<input type="checkbox"/> 気管切開部の管理 ・チューブの種類( )・気管切開をした時期( 歳 か月頃) ・瘻孔について <input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 不安定である(理由: )
	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 口腔から吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔から吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開チューブから吸引
	<input type="checkbox"/> 酸素療法 ( リットル/分) ・使用の仕方 <input type="checkbox"/> 常時酸素を使用 <input type="checkbox"/> する時のみ使用 ・投与方法 <input type="checkbox"/> 鼻カヌー <input type="checkbox"/> マスク ・酸素の種類 <input type="checkbox"/> 高圧ガス酸素 <input type="checkbox"/> 液体酸素
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( 回/日) ・投与方法 <input type="checkbox"/> 経鼻チューブ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう ・胃ろう等の造設時期 ( 歳 か月)
	<input type="checkbox"/> 導尿 ( 時間毎)
	<input type="checkbox"/> 血糖測定 ( 回 /日) <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 眠前 <input type="checkbox"/> その他( ) ・測定方法 <input type="checkbox"/> 自己血糖測定 <input type="checkbox"/> 持続皮下グルコースモニター
	<input type="checkbox"/> インスリン注射( 回/日) 薬品名 ( ) 使用時間 (朝・昼・夕・寝る前) 使用量( )単位 薬品名 ( ) 使用時間 (朝・昼・夕・寝る前) 使用量( )単位 薬品名 ( ) 使用時間 (朝・昼・夕・寝る前) 使用量( )単位
	・インスリン注射の投与方法 <input type="checkbox"/> ペン型注射 <input type="checkbox"/> インスリンポンプ

