

年 月 日

心身状況報告書

品川区長 へ

下記の児童の所見について報告します。

ふりがな		年齢	歳 月	生年月日	年 月 日
児童名					
診断名		主症状	* 視覚障害、聴覚障害の診断や症状がある場合には、視力や聴力の程度(数値)も記入。		

治療経過

発病(発見)時期	年 月 日 (歳 月)				
手術	なし・あり	* 今後、行う予定のあるものも記入。			
	年 月～(歳 月)	内容			
	年 月～(歳 月)	内容			
	<予定>	年 月～(歳 月)	内容		
リハビリ	なし・あり				
	年 月～(歳 月)	内容			
	年 月～(歳 月)	内容			
与薬	なし・あり	* 原則、保育園での与薬は行っておりません			
	処方内容 (薬名、与薬回数、与薬方法等)				

集団生活上の配慮や注意事項

保育上の配慮の必要性 乳幼児が長時間にわたり集団で生活する保育施設では、午睡や食事、集団での遊びなど子ども同士の接触が多くあり、一般的に感染症を防ぐのは難しい環境にあります。また、一対一で常時側についた状態での個別保育が難しい現状ですので、その状況下で可能である特別な配慮を、詳しく記入してください。

特別な配慮を

- 必要としない
- 部分的に必要とする [具体的な配慮内容を記入。]
- 常に必要とする [具体的な配慮内容を記入。]

* 上記以外で、個別配慮が必要な場合は具体的に記入。

裏面もご記入ください

その他

必要な 医療的ケア	現在、品川区で対応している医療的ケアは喀痰吸引、経管栄養のみです。また、保育については個別ではなく集団の中での保育となるため、一般的には感染症を防ぐのは難しい環境です。	
	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (口腔内・鼻腔内・気管カニューレ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう・腸ろう・経鼻) <input type="checkbox"/> その他	内容 _____ _____ _____

予測される 緊急時の状況 および対応	状態・頻度	_____
	必要な処置	_____
	緊急搬送の目安	_____

専門施設での 療育の必要性	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり	内容 _____ _____ _____

* 保育園入園時、品川区から医師へ情報提供の依頼および相談をさせていただく場合がございます。

医療(療養)機関名

住所・電話番号

医師担当科名

担当医師名

印

(シャチハタ不可)

<記入上の注意>

- この報告書は、保育園の申込み児童の状況を判断するための資料の一つです。
児童の障害や疾病の状態を証明するために使用されます。詳しく記入してください。
- なし・ありで答える欄は、該当するものを○で囲んでください。
選択する項目には□に✓を入れてください。

<担当医の先生、保護者の皆様へ>

* 上記の内容については、本児童が保育園に入園することとなる場合、その入園先の保育園に対し、情報提供させていただきます。