【氏名：　　　　　　　　　　　　　】【年齢：　　歳　　か月　　】【　男児・女児　】

【病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

**医学的な状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名（主治医/担当医） |  |
| 受診状況 |  |
| 治療内容 |  |
| 就園/集団生活が可能か（医師の許可） |  |
|  | 配慮の有無 | 詳細 |
| 有 | 無 |
| 園で行う服薬や医ケア（医ケアが有る場合は内容を選択し詳細をお書き下さい） | [ ]  | [ ]  | 医ケア：吸引（鼻腔内、口腔内、気管カニューレ内）経管栄養（経鼻、経口、胃瘻）導尿、人工肛門、酸素吸入、血糖測定、インシュリン注射、与薬、その他　 |
| 体調・症状（早期発見・早期対応方法） | [ ]  | [ ]  |  |
| 緊急時の対応 | [ ]  | [ ]  |  |

**発達・生活上の配慮**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 配慮の有無 | 詳細 |
| 有 | 無 |
| 食事 | 哺乳 | [ ]  | [ ]  |  |
| 食事 | [ ]  | [ ]  |  |
| 排泄 | [ ]  | [ ]  |  |
| 睡眠 | [ ]  | [ ]  |  |
| 遊び行動 | 身体機能（運動機能） | [ ]  | [ ]  |  |
| 環境・場所(室内・園庭・屋外）散歩 | [ ]  | [ ]  |  |
| 発達 | 言葉/表現 | [ ]  | [ ]  |  |
| 理解力 | [ ]  | [ ]  |  |
| 社会性 | [ ]  | [ ]  |  |
| その他 |  |

**保護者情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 保護者の意向・気持ち |  |
| 集団生活への理解 |  |
| 家族構成・配慮が必要な家族背景 |  |

**園の調整内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 年齢相応のクラスでよいか |  |
| 手帳の有無 | 身体障害者手帳　　　　療育手帳　　　小児慢性特定疾病 |
| 加配の必要性 | 要・不要理由： 担当者：保育士、看護師、介助員、保護者 |
| 設備・機材等 |  |
| 地域連携機関の有無 | あり・なし連携先：療育・発達支援センター、訪問看護、保健師（行政） |
| その他 |  |

**疾患の特徴や集団生活上のポイント**

記載　　　年　　　月　　　日　　　記載者