【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