意　見　書

つくばみらい市保育施設入所用

(住所)　茨城県つくばみらい市 (児童名)　　(生年月日)　　年　　月　　日　　歳	
診断名	

集団保育における留意点を，下記の項目についてご記入ください。

1. 初診からの経過		初診日　　年　　月　　日		
2.手術歴 (今後の予定含む)		診断名・術式〔　　〕 手術(予定)日　　年　　月　　日		
3.現在の治療		□完治している □経過観察中で，今後も定期的通院を要する(　年　・　月　・　週　　回) □治療継続中　入院中(退院予定日　　年　　月　　日) 通院中(次回診療日　　年　　月　　日)		
4.治療内容		□処方薬(　無　・　有　⇒薬名: ※使用頻度，時間帯:　　回/日，　朝　・昼　・夜) □医療的ケア(　無　・　有　⇒内容:)		
5.発達	姿勢・運動			
	言語・認知			
6.集団生活について		可　・　不可　・　その他　(　　)		
7．集団生活上の配慮	食事	□調理形態(　　) □その他(　　)	睡眠	
	排泄		健康面 〔留意すべき症状や感染症対策など〕	
	活動 〔移動・散歩・運動・砂や泥遊び・水遊びなどの制限や配慮〕			
	その他注意が必要なこと			

年　　月　　日

医療機関名

医　師　名　　印

※この書類は，保育施設の利用を申請する児童が，保育施設での集団保育が可能かの判断をするほか，保育施設で対応する際の資料とさせていただきます。できる限り，現在の状況を詳細にご記入願います。

つくばみらい市役所こども課　入所入園係　TEL0297-58-2111(代表)