

主治医の先生へ

我孫子市の公立保育園では、配慮を要する児童の受け入れについて、協議を行います。

今回、作成頂く「疾病等保育園（入園・継続）に関する意見書」は、集団生活が可能かどうか判断するとともに、入園後に安全な生活を送るための資料とさせていただきます。

意見書裏面の最後の項目「集団生活（保育園での活動）の可否」については、下記の園定員・保育士の配置基準・保育内容を参考に、ご判断くださるようお願いいたします。

●各園の最大保育人数

	湖北台（70名）	寿（216名）	つくし野（131名）
0歳児クラス	6	26	12
1歳児クラス	8	38	15
2歳児クラス	14	38	26
3歳児クラス	14	38	26
4歳児クラス	14	38	26
5歳児クラス	14	38	26

●保育士の配置基準（園児数に対する保育士の配置人数）

0歳児：3対1	3歳児：15対1
1歳児：5対1	4歳児：25対1
2歳児：6対1	5歳児：25対1

- ・個人対応の保育士はおりません（1対1での保育は行っておりません）。
- ・保育園に看護師を配置していますが、園全体の看護師業務を行っています（個人専属で病気やケガ等の看護は行っておりません）。
- ・保育園内において、どの年齢でも移動時や遊びの時等に、周りの物や壁、近くのお友達などにぶつかる、平らな床でつまずく等、日常的に転倒につながる事が多く、擦りむけ、皮下出血、口腔内出血、顔面や頭部打撲等を生じやすい状況です。
- ・園では、室外活動も多く、活動中に体調不良を起こすことやケガをすることがあります。
- ・クラス内で嘔吐や下痢、発熱、咳、鼻水等、体調不良のお子さんがいると他児も症状を起こすことがあります。感染症も流行しやすい状況です。
- ・集団生活のため昼食の時間・昼寝・おやつの時間等、1日のスケジュールを大幅にずらすことはできず、一緒に活動をするので安静は保てません。
- ・病児・病後児保育は、行っておりません。

疾患等保育園（入園・継続）に関する意見書

	氏 名	生年月日	住所・電話番号
児 童			
疾 患 名			
既 往 歴			
病状・経過			
現在の状況（該当項目すべてにチェックをつけ、記入してください）			
病状について ☐ 安定している ☐ 安定していない			
☐ 定期的に受診している（頻度： 回/ 週・月・年）			
☐ 定期的に検査を行っている （検査内容： 最終検査日： 年 / ） （検査内容： 最終検査日： 年 / ） （検査内容： 最終検査日： 年 / ）			
☐ 医療的ケアが必要である（回数： 回/日）（時間： 時間ごと） ☐ 喀痰吸引（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内） ☐ ネブライザー吸入 ☐ 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう） ☐ 血糖測定 ☐ インスリン投与 ☐ 導尿 ☐ 人工肛門・人工膀胱のパウチ交換 ☐ その他（ ）			
≪医療的ケアが必要な場合≫ ケアの受け入れ（保護者以外） ☐ 拒否なし ☐ 拒否あり ケアを開始した時期 ☐ 半年以上経過 ☐ 半年未満 _____カ月経過 カニューレ・チューブ等、挿入部及び内部の異常（リスクの度合・高・中・低） ☐ なし ☐ あり 症状・理由 _____ 事故抜去時に急変の可能性 ☐ なし ☐ あり 理由 _____			
☐ 酸素飽和度を測定している 回数： 回/日（※飽和度が _____%以下の時の対応： ）			
☐ 心拍数を測定している 1日 回（※脈拍 _____回/分以下の対応： ） （※脈拍 _____回/分以上の対応： ）			
☐ 投薬治療中である 1日 回 朝・昼・夜・他（薬品名： ） 1日 回 朝・昼・夜・他（薬品名： ） 1日 回 朝・昼・夜・他（薬品名： ） ※「お薬手帳」又は「薬剤情報提供書のコピー」を添付してください。			
☐ 手術歴（今後の手術予定含む）がある 術式： （手術日・予定日： 年 / ）			
☐ リハビリや訓練（今後の予定を含む）を行っている （頻度 回/ 週・月・年） 医療機関名：			
☐ 発作を起こしたことがある（最終発作から半年以上が経過し、状態が安定していることが入園の目安となります） ☐ 喘息 ☐ けいれん ☐ てんかん ☐ その他： _____ （初発： 年 / ）（最終発作： 年 / ）（頻度： 回/ 週・月・年） （※発作時の対応： ）			

（裏面に続く）

食事		
☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助
☐ 普通食	☐ きざみ食	☐ 軟らかめに調理したもの ☐ ミキサー食 ☐ 流動食
☐ その他 ()		
排泄		
☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助 ☐ オムツ使用 ☐ その他 ()
アレルギー		
☐ なし		
☐ あり (アレルギー： 症状：)		
☐ 制限する食品等がある (☐ 卵 ☐ 乳 ☐ 小麦 ☐ その他：)		
☐ 触れられないものがある (☐ 食品： ☐ ラテックス ☐ 猫 ☐ 犬 ☐ その他：)		
☐ エピペンを持っている ※保育園に「常備する必要がある薬」「エピペン」等がある場合には、別途投薬指示書が必要です。		
身体的発達		
☐ 年齢相応の発達	☐ 発達に遅れがある (才児相当)	
知的発達		
☐ 年齢相応の発達	☐ 発達に遅れがある (才児相当)	
介助員（職員の加配）の必要性		
☐ なし ☐ あり		
日常生活や動作での介助の必要性（実年齢を基準に判断してください）		
☐ なし ☐ あり		
《介助が必要な場合》 介助内容を記入してください（例：階段の昇降は右側に立ち介助が必要） ・ ・		
姿勢 及び活動の制限・注意事項		
☐ なし ☐ あり () ※活動の制限が必要なものは、別紙「保育活動一覧表」に「✖」印の記入をお願いします。		
手帳		
☐ なし	☐ あり (身体障害者・療育・精神障害者保健福祉)	☐ 申請中
集団生活（保育園での活動）		
☐ 可 能 理由：		
☐ 不可 能 理由：		
その他、注意事項等		

記入日 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医 師 名

保育活動一覧表

児童氏名 _____

※ 活動の制限が必要なものに「✖」印をお願いします。

活動	ごく軽度の活動		軽度の活動		中等度の活動			強めの活動	
室内遊び		椅子に座って 製作		大型積木		ハイハイ		跳び箱	
				室内用の滑り台		高這い		マット（前転等）	
		ブロック		平均台		しがみつき			
		粘土				転がる			
		お絵かき				ジャンプ			
		折り紙				スキップ			
		手遊び				行進			
						ブリッジ （マット運動）			
						走る			
				椅子取りゲーム					
戸外活動		砂場遊び				自分のペースで 歩く		友達と手をつなぎ、 同じペースで歩く （片道 30～40 分 かかる場所へ 出かける）	
		ままごと遊び				滑り台			
		泥遊び				うんてい			
						ブランコ			
						ジャングルジム		サッカー	
						鉄棒		鬼ごっこ（走りまわ る）	
						三輪車			
						リヤカー引き		ボール投げ	
									ドッジボール
								タイヤ飛び	
								マラソン	
								縄跳び	
			跳び箱						
プー ル		水遊び				水につかる		水にもぐる	
						顔付け		バタ足	
								輪くぐり	

（裏面に続く）

行事	おまつり ごっこ		15～20 分の活動（踊り、みこしかつぎ等） ※夏の園庭で実施（全体で 2 時間程度）
	運動会		行進、開会式、リレー、遊戯、綱引き、玉入れ、親子競技等 ※春、又は秋に実施（半日・午前中）
	遠足		徒歩遠足（年中・年長） ・往復 2 時間程度歩く。 ・お弁当、水筒、着替えをリュックに入れて背負って歩く。
			バス遠足（年長） ・バスに乗る（1 時間程度） ・お弁当、水筒、着替えを入れたリュックを背負って歩く。 （バスから会場まで 10 分程度） ・博物館の見学（半日） ・大型遊具で遊ぶ（トランポリン等）
	生活 発表会		発表、見学 ・室内で秋から冬頃に実施（全体で 1 時間程度）
			歌を歌う
			劇に参加
			楽器の演奏

記入日 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

（F A X）

医 師 名

投薬指示書

(氏名) _____ さんについて

当院で加療中です。登園の際は、保護者に代わり下記の指示どおり投薬をお願いします。

疾 患 名 : _____

薬の処方内容

薬の名前 用量 使用順位	投薬方法 使用順位	注意事項 (副作用含む)	保存 方法	薬の有効 期限
記載例 ポララミン <u>mg</u> (※用量記載)	・〇〇を食べて発疹が出た時に内服する。 ・効果がなければ②を投与する。	・〇〇の症状がある時は、ポララミンは内服せず、②を投与する。 ・副作用でふらつくことがある。	冷所	
①				
②				
③				
④				
投薬をしても次のような症状がある時は、救急車を呼ぶ				
・				
・				
・				

記入日 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 名