

主治医意見書

氏名： _____ (男・女) 生年月日： H ・ R 年 月 日

診断名 _____

大島分類：

◆最近の身体的状態・主な検査結果

◆服用している主な薬剤、軟膏、坐薬等とその使用目的、量、回数等
(例：〇〇〇 (痙攣止め) …朝、夕食後 1回〇〇m g)

◆療育、機能訓練について

可 ・ 適切な量なら可能 ・ 十分注意が必要 ・ 禁忌
注意しなければならない点
()

◆外出や遠足への参加の可否

可 ・ 不可
注意しなければいけない点
()

◆プール活動への参加の可否

可 ・ 不可
注意しなければいけない点
()

※裏面あり

◆感染症について（皮膚疾患を含む） 有 ・ 無

種類（ ）
部位（ ）
対応（ ）

◆アレルギーについて 有 ・ 無

アレルゲン（ ）
アレルギーの症状（ ）
アレルギー症状が出た際の対応
（ ）

◆摂食について

経口摂取 可 ・ 不可
食形態 ペースト・みじん・粗刻み・一口大・普通食
誤嚥 有 ・ 無
注意点（ ）

◆痙攣について 有 ・ 無（頻度：

脳波の異常 有 ・ 無
抗痙攣剤 毎日 ・ 必要時
痙攣の種類（ ）
痙攣時の対応（例：5分以上続いたらダイアップ坐薬〇mg 1個挿肛）
（ ）

◆健康管理するにあたり注意する点

◆緊急に医師に連絡または受診が必要な状態、その際の施設での対応、連絡先及び搬送先

令和 年 月 日

医師名：
医療機関名：
住所：
電話番号：（ ）