

医療的ケアの終了に関する主治医意見書

施設長 宛て

児童氏名 _____ 男・女 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病名・障害名・状態像 _____

1. 終了する医療的ケアについて（該当するものに✓）

| 実施中の医療的ケア | 終了 | 時期 |
|--|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう） | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 （ <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ） | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> 酸素療法 | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> 導尿 | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> 血糖管理 | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> その他 （ _____ ） | <input type="checkbox"/> | |

2. 入園以降の経過（特記する経過があればご記載ください。）

3. 終了の理由

4. 今後の治療（経過観察）方針

年 _____ 月 _____ 日

医療機関住所

医療機関名

電話番号

医師氏名

印