

保育のめやす（0～2歳児）

世田谷区 令和4年9月版

氏名 _____ 施設名 _____ /利用クラス（ ）歳児
 診断名 _____ 医療機関名 _____

下記の表は通常保育活動です。この表の中から可能な項目に印をつけてください。

年齢別活動内容 (利用クラス)	年齢別活動内容		
	0歳児	1歳児	2歳児
	□腕や足の曲げ伸ばしや開閉をする □抱っこされる □すべり台(室内用)を大人にさせてもらう	□手を握って体を起こす □散歩(10分程度) □抱っこして左右に揺らす	□激しく泣く □音楽に合わせて全身を揺らす □布に乗せて揺らす □水遊び(手足を水につける)
	□砂あそび □すべり台を自分ですべる □ボールを追う	□散歩(____分程度まで可能) (通常最高1km往復30分程度) □階段の昇降(室内__往復まで可) (通常室内2往復程度) □コンビカー(四輪ミニカー)に乗る	□走る □水遊び(腰まで水につける) □坂登り □音楽に合わせて全身を動かす
□砂あそび □すべり台を自分ですべる □その場でジャンプする	□散歩(最高2km往復40分程度) □歩道橋等階段の昇り降り □三輪車をこぐ □ボールを投げたり蹴ったりする	□走る(____分程度まで可能) (通常鬼ごっこ休憩しながら15分程度) □水遊び(胸まで水につける) □プール遊び(プール内15分程度) □高いところから飛び降りる(50cmくらい) □音楽に合わせてリズムカルに動く	

生活 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 沐浴 <input type="checkbox"/> うす着 <input type="checkbox"/> 常時介助が必要	行事その他 <input type="checkbox"/> 遠足 徒歩 <input type="checkbox"/> 遠足 バス <input type="checkbox"/> 運動会	起こりえる危急事態 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 頻呼吸 <input type="checkbox"/> SpO2の低下 <input type="checkbox"/> 分泌物の増加 <input type="checkbox"/> 脈の異常(頻脈) <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし
食事 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 摂食機能障害あり ※内容、配慮等 ()	保育時間 <input type="checkbox"/> 通常保育時間 (8時間・11時間) <input type="checkbox"/> 保育時間制限必要(____時間)	総合判断 本児が保育施設で集団生活することは <input type="checkbox"/> 望ましい <input type="checkbox"/> 望ましくない 理由 ()
排泄 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 排泄機能障害あり ※内容、配慮等 ()	在園継続の場合 <input type="checkbox"/> 施設独自の取り組みで、運動量等について、主治医に確認したい活動を、施設と相談の上ご記入ください。 例：マラソン、体操教室等 ()	

該当する指導区分に○をしてください。

指導区分	A	B	C	D	E
	入院が必要	基本的な生活は可能だが運動は不可	軽い運動には参加可	中程度の運動まで参加可	強い運動にも参加可

※『軽い運動』…同年齢の平均的乳幼児にとって、ほとんど息がはずまない程度の運動。

※『中等度の運動』…同年齢の平均的乳幼児にとって、少し息がはずむが、息苦しくない程度の運動で、身体の強い接触を伴わないもの。

※『強い運動』…同年齢の平均的乳幼児にとって、息がはずみ息苦しさをかんじるほどの運動。

※裏面あり

【診断名】 表面と同じ *合併症等があればご記入ください。

【経過】 初診日： _____ 年 _____ 月

次回受診予定： _____ 年 _____ 月 _____ 日 頃

【現在の治療】

定期的受診のみ () 回/月 () 回/年

処方薬

()

手術予定：あり () 頃 ・ なし ・ 未定 (手術内容は備考に記載してください)

備考

()

【医療的ケアの内容】

① たんの吸引 (口鼻腔 ・ 気管カニューレ ・ 経鼻エアウェイ)

定時の薬液吸入

② 気管切開部の管理

③ 経管栄養・管理 (鼻腔留置チューブ ・ 胃ろう ・ 腸ろう)

④ 定時の導尿

⑤ 酸素管理 (酸素流量などの確認)

⑥ 血糖値測定およびその後の処置

【日常生活の制限】

【必要とする特別な配慮の内容】

【緊急時の対応】

年 月 日

医療機関 _____

医師名 _____