

令和7年 月 日

ご担当医様

医療情報提供書(令和8年度4月入園用)について(依頼)

立川市ドリーム学園 園長

平素より大変お世話になっております。

当園では、入園申請に際し、保護者に、主治医からの「医療情報提供書」の提出を求めています。

つきましては、ドリーム学園での療育や毎日通園の必要性、また、活動の制限の有無などについて、主治医による医療情報の提供にご協力をくださいますようお願いいたします。

頂いた医療情報は、入園審査に使用するほか、受給者証作成のため、立川市障害福祉課へ情報提供することをご了承ください。

また、医療的ケアを実施する場合は、指示書及び医療的ケア判定スコアの作成や、配慮を要する点などご意見を伺わせていただく場合があります。

今後ともご相談させていただくことがあるかと存じますが、ご指導のほどよろしく願いいたします。

ドリーム学園について

ドリーム学園は、医師が常駐していない児童発達支援事業所です。
対象は、2歳から就学前の心身の発達に支援や配慮を必要とするお子様です。
親子分離にて、毎日通園し、集団活動を通した療育を行っております。
療育時間は午前10時から午後2時までの4時間です。
また、通園バスによる送迎時間は片道最大で1時間30分ほどです。
職員が交代で添乗しておりますが、看護師の添乗がない日もあります。

お問合せ先

立川市ドリーム学園
立川市錦町3-3-6
電話 042-525-9418

医療情報提供書（令和8年度4月入園用）

立川市ドリーム学園 園長 宛

フリガナ 氏名：		西暦	
性別：男・女		生年月日： 年 月 日（ 歳）	
診断名（診断名のない場合は未記入）			
病状・治療経過及び現在の疾患の状態			
検査結果等（未実施の場合は未記入）			
処方の 無 ・ 有 （薬品名・量・内服時間・回数・作用・副作用など）			
児の既往歴及び家族歴（アレルギーや痙攣など）			
1. 運動制限や活動制限の必要性について		医療的配慮の必要性について	
☐ な し ☐ あ り その理由 []		☐ な し ☐ あ り 配慮点 []	
2. 集団活動を通した療育の必要性について			
☐ 集団活動を通した毎日の療育の必要性が高い ☐ 幼稚園・保育園での活動を中心とした発達支援事業所の利用が望ましい ☐ 現時点では必要性が低い			
3. 毎日の通園の必要性について			
☐ 毎日通園による療育が効果的 ☐ 幼稚園・保育園での活動を基本とすることがよい ☐ その他 []			
4. 送迎バスの利用について			
☐ 可能 [その理由] ☐ 不可能			
5. 所見・緊急時の対応その他、配慮すべき点などについて			

上記のとおり、医療情報を提供します。

この情報は、入園審査及び受給者証作成、療育のためにのみ使用し、障害福祉課へ写しを提出することを承諾します。

年 月 日

医療機関名・所在地

電話番号

担当医師名

印

医療情報提供書（令和8年度4月入園用）

立川市ドリーム学園 園長 宛

記入例

フリガナ 氏名：	どりーむ ゆめこ ドリーム夢子	西暦 性別：男・女	生年月日：2022	年5月 17日（ 3歳）
診断名（診断名のない場合は未記入） 髄膜炎による後遺症 てんかん 発達障害 左斜視				
病状・治療経過及び現在の疾患の状態 2歳の時に髄膜炎を発症。てんかん発作を発症し、内服治療中。てんかん、小発作を繰り返しており薬剤調整中。運動発達地帯も認められ、右＞左 自力での座位保持や腹ばいでの移動が可能。左外斜視あり、今後手術予定 左右の視力差が認められるため、眼鏡使用している。				
検査結果等（未実施の場合は未記入） 脳波、発達検査など検査内容と実施日をご記入ください。				
処方の 無 ・ 有 （薬品名・量・内服時間・回数・作用・副作用など） 〇〇〇〇 〇g 朝・昼・夕 3回/日 てんかん発作のため △△△ △mg 発作が10分以上続くときに使用				
児の既往歴及び家族歴（アレルギーや痙攣など） 鶏卵アレルギー				
1. 運動制限や活動制限の必要性について ☒ なし ☐ あり その理由 []		医療的配慮の必要性について ☐ なし ☒ あり 配慮点 [てんかん発作 食物アレルギー（鶏卵除去）]		
2. 集団活動を通した療育の必要性について ☒ 集団活動を通した毎日の療育の必要性が高い ☐ 幼稚園・保育園での活動を中心とした発達支援事業所の利用が望ましい ☐ 現時点では必要性が低い				
3. 毎日の通園の必要性について ☒ 毎日通園による療育が効果的 ☐ 幼稚園・保育園での活動を基本とすることがよい ☐ その他 []				
4. 送迎バスの利用について ☒ 可能 [その理由] ☐ 不可能				
5. 所見・緊急時の対応その他、配慮すべき点などについて 10分以上発作が続く時や重責時には救急車を要請 10分以上発作が続くときは△△△を使用 食物アレルギーに関しての指示は生活管理指導表を参照のこと				

上記のとおり、医療情報を提供します。

この情報は、入園審査及び受給者証作成、療育のためにのみ使用し、障害福祉課へ写しを提出することを承諾します。

2025年 10月 22日

医療機関名・所在地 □□□□病院 東京都〇〇市〇〇〇 △-△-△

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

担当医師名 □□ □□□

印