

令和 8 年 月 日

ご担当医様

医療情報提供書（令和 8 年度途中入園用）について（依頼）

立川市児童発達支援センター長

平素より大変お世話になっております。

ドリーム学園では、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、ドリーム学園での通園による療育の必要性、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。

いただいた医療情報は、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。

※書式を変更しています。必ず、令和 8 年度途中入園用の用紙での情報提供をお願いいたします。

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。

幼稚園や保育園との並行通園はお受けしていません。

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年度途中入園用）

児童発達支援センター長 宛

記入例

| | | | | |
|---|---------|---|-------------------------|-------------------|
| フリガナ 氏名： | ドリーム 夢子 | 西暦 性別：男・女 | 生年月日： | 2023年 5月 17日（ 3歳） |
| 診断名 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 内容 | 診断名 | 髄膜炎による後遺症 てんかん 発達障害 左斜視 | |
| 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。 | | | | |
| 実施検査 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 検査名 | 内容 | | |
| 脳波、発達検査などを実施した場合は、検査内容と実施日をご記入ください。 | | | | |
| 療育中に配慮が必要な症状 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 内容 | <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> けいれん <input checked="" type="checkbox"/> 整形領域 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 首の亜脱臼、肘内障など | | | | |
| 活動制限 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 理由 | 水分を多くとる必要がある、体温調節に配慮が必要 眼鏡使用、装具使用 | | |
| 緊急時の対応（医療面） <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 内容 | 活動中にけいれん発作が起きた場合は、速やかに保護者に連絡し、上記頓服薬使用と救急車要請をしてください | | |
| 送迎バス利用の配慮 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 理由 | 立ち歩きたくなる | | |
| 日常的な医療的ケアの必要性 | | | | |
| 家庭 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 内容 | 就寝前に導尿をしている | | |
| 園 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 内容 | | | |
| 園での服薬管理 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 | 内容 | 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 | | |
| 療育の必要性 | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 通園による療育が効果的 ※依頼文の「ドリーム学園について」をご確認ください | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 | | | | |

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

担当医師名 ☐☐ ☐☐

印

医療情報提供書（令和8年度途中入園用）

児童発達支援センター長 宛

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|-------------------------------|--|-------------------------------|--|---------------------------------|--|-------|--|
| 氏名： <small>ふりがな</small> | | 性別：男・女 | | 西暦 生年月日： | | 年 | | 月 | | 日（ 歳） | |
| 診断名 | | 診断名 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 無 | | <input type="checkbox"/> 有 | | 内容 | | | | | | | |
| 実施検査 | | 検査名 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 無 | | <input type="checkbox"/> 有 | | 内容 | | | | | | | |
| 療育中に配慮が必要な症状 | | <input type="checkbox"/> アレルギー | | <input type="checkbox"/> けいれん | | <input type="checkbox"/> 整形領域 | | <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| <input type="checkbox"/> 無 | | <input type="checkbox"/> 有 | | 内容 | | | | | | | |
| 活動制限 | | 理由 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 無 | | <input type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | |
| 緊急時の対応（医療面） | | 内容 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 無 | | <input type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | |
| 送迎バス利用の配慮 | | 理由 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 無 | | <input type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | |
| 日常的な医療的ケアの必要性 | | 家庭 | | <input type="checkbox"/> 無 | | <input type="checkbox"/> 有 | | 内容 | | | |
| | | 園 | | <input type="checkbox"/> 無 | | <input type="checkbox"/> 有 | | 内容 | | | |
| 園での服薬管理 | | 内容 | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 無 | | <input type="checkbox"/> 有 | | | | | | | | | |
| 療育の必要性 | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 通園による療育が効果的 | | ※依頼文の「ドリーム学園について」をご確認ください | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | | | | |

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

