

医療的ケア指示書

標記の件について、下記のとおり指示いたします。指示期間(年 月 日～ 年 月 日)

保育施設名				
氏名		生年月日	年 月 日	歳
主たる疾患名				
投与中の薬剤	【薬剤名】	【用法・用量】		

※該当の指示内容に☑(チェック)・数値等を記入してください。

<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻胃管) <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> 経管栄養	【種類】 <input type="checkbox"/> 鼻腔留置チューブ サイズ()Fr. 挿入長さ()cm <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう チューブの種類() サイズ()Fr. ()cm 挿入 バルンの水の量()ml Yガーゼ 有 ・ 無 チューブ抜去時の対応など []
	<input type="checkbox"/> 栄養剤注入 栄養剤 実施時間 (:) (:) 内容・量 () 注入時間 (分～ 分) <input type="checkbox"/> 胃残量が () 未満の時は そのまま予定量を注入する <input type="checkbox"/> 胃残量が () ml 以上 () ml 未満の時 () <input type="checkbox"/> 胃残量が () ml 以上の時 () <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある(褐色・黄色・緑色)場合は () <input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 ()
	<input type="checkbox"/> 水分注入 実施時間 (:) (:) 内容 () 1回量 () 注入速度 (分～ 分) <input type="checkbox"/> 胃残量が () 未満の時は そのまま予定量を注入する <input type="checkbox"/> 胃残量が () ml 以上 () ml 未満の時 () <input type="checkbox"/> 胃残量が () ml 以上の時 () <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある(褐色・黄色・緑色)場合は () <input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 ()
	<input type="checkbox"/> 薬剤注入 実施時間 (:) (:) 注意点など [] <input type="checkbox"/> 胃からの脱気 脱気のタイミング ・ 注入前 ・ 注入中 ・ 注入後 ・ その他 (:) (:) 注意点など []

裏面に続きます

<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 鼻、口からの吸引 吸引カテーテルのサイズ()Fr. 吸引圧()cmH20 以下 鼻からの挿入の長さ()cm 口からの挿入の長さ()cm 注意点など [] <input type="checkbox"/> 気管カニューレからの吸引 (または気管内吸引) 吸引カテーテルのサイズ()Fr. 吸引圧()cmH20 以下 カニューレ入り口からの挿入の長さ () cm 注意点など []	
の観察 <input type="checkbox"/> 気管切開部	<input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他() カニューレの種類()内径()mm 入口から先端までの長さ()cm カニューレ抜去時や、気管切開部・気管内出血への対応など [] <input type="checkbox"/> 肉芽について 有 ・ 無 ・ 検査(ヶ月毎) ・ 不定期(最終検査 年 月)	
管理 <input type="checkbox"/> 酸素	酸素流量()L/分 SP02()%以下の場合 [] 注意点など []	
<input type="checkbox"/> 導尿	実施時間 (:) (:) (:) (:) (:) カテーテルの種類 () サイズ()Fr. 尿道に挿入する長さ()cm 用手圧迫 (可 ・ 不可) 注意点など []	
等値測定 <input type="checkbox"/> 血糖	測定時間 (:) (:) 対処方法	
吸入 <input type="checkbox"/> 定時の薬液	吸入時間 (:) (:) 吸入薬内容/量 (/) (/) (/) (/) 注意点など []	
医療的ケ <input type="checkbox"/> その他		
緊急時の対応	想定しうる緊急事態・児の状況 (ない場合には「無」と記載願います)	対処方法

_____ 施設長 殿

年 月 日

機関名 _____

医師名 _____ ㊟

所在地 _____

電話 _____

【保護者記入欄】 本指示書に基づき、保育所等で医療的ケアを実施することに同意します。

_____ 年 月 日 保護者氏名 _____ ㊟