

医療的ケア指示書

医療的ケアについて、下記のとおり指示いたします。

対象児

児童名：					
性別：	生年月日：	年	月	日	(歳 カ月)
診断名：					

※該当の指示内容に☑ (チェック)・数値等を記入してください。

医療的ケアの内容	実施方法	指示内容及び配慮事項	
呼吸管理	☐有 ☐無	☐マスク	酸素吸入 流量 (安静時 $\frac{\text{リットル}}{\text{分}}$ ・労作時 $\frac{\text{リットル}}{\text{分}}$) 酸素吸入時間 (24時間・睡眠時)
		☐経鼻カニューレ	酸素吸入 流量 (安静時 $\frac{\text{リットル}}{\text{分}}$ ・労作時 $\frac{\text{リットル}}{\text{分}}$) 酸素吸入時間 (24時間・睡眠時)
		☐気管切開部	気管切開部からの酸素吸入 カニューレの種類： Fr cm 単純気管切開 ・ 喉頭が気管分離 ・ その他
		☐持続陽圧換気	酸素吸入時間 (24時間・睡眠時) その他 別に指示書を提出してください。
		起こりやすいトラブル () 対処方法など ()	

喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 口腔内	カテーテルサイズ (Fr) 挿入長さ (cm) 吸引圧 () その他 ()
		<input type="checkbox"/> 鼻腔内	カテーテルサイズ (Fr) 挿入長さ (cm) 吸引圧 () その他 ()
		<input type="checkbox"/> 気管切開部	カテーテルサイズ (Fr) 挿入長さ (cm) 吸引圧 () その他 ()
気管切開部の処置	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 人工鼻着脱 <input type="checkbox"/> ガーゼ交換 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ観察	カニューレ種類 () サイズ (or) カフ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ml)
		抜去時の対応	<input type="checkbox"/> 再挿入 再挿入時カニューレ種類 () サイズ () カフ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ml) <input type="checkbox"/> 再挿入しないで救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 ()
経管栄養	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 腸ろう 注入内容 () 注入量・回数 () 注入方法 (自然滴下 ・ ポンプ使用 ・ シリンジ注入) 注入の所要時間 () 分 カテーテルサイズ () Fr・挿入の長さ () cm	
導尿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	カテーテルサイズ () Fr 回数 約 () 回/日 導尿時間 ()	
血糖測定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回数 () 回/日 時間 ()	

<p>インスリン注射</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>	<p>注射シリンジ名 () 薬剤名・量 () 量 回数 () 回/日 時間 () 低血糖時の対応 ()</p>
<p>その他のケア</p>	<p>配慮事項</p>	
<p>緊急時の対応</p>	<p>[発作、誤嚥、発熱時等に係る対応]</p>	
<p>保育施設での生活上の注意及び配慮事項並びに活動の制限等</p>	<p>[感染症流行時に係る対応等]</p>	

記入日 年 月 日

医療機関名

(住所・電話番号)

医師名

印