

様式 4

主治医→保護者→町

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。 指示期間（ 年 月 日～ 年 月 日）

保育施設名					
児童	氏名	生年月日		年	月 日 歳
	主たる疾患名				

※該当の指示内容に☑（チェック）。数値等を記入してください。

医療的ケアの項目		<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"/> 導尿
		<input type="checkbox"/> その他（ ）		
具体的指示内容	喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 口腔、鼻腔、気管からの吸引 吸引カテーテルのサイズ（ ）Fr 吸引圧（ ）kPa 以下 気管チューブの種類（ ） カフ（ ）ml 鼻からの挿入の長さ（ ）cm □からの挿入の長さ（ ）cm 気切口からの挿入の長さ（ ）cm 抜去時の対応（ ） 注意点など（ ）		
	経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう [<input type="checkbox"/> ボタン型 ・ <input type="checkbox"/> バルーン型 (カフ ml)] カテーテルの種類（ ） サイズ（ ）Fr 挿入の長さ（ ）cm		
		<input type="checkbox"/> 栄養剤注入 栄養剤 実施時間（ : ）（ : ） 注入速度（ ）ml/時 内容・量（ ）		
		<input type="checkbox"/> 水分注入 実施時間（ : ）（ : ） 注入速度（ ）ml/時 内容・量（ ） ショット（ 可 : 不可 ）		
<input type="checkbox"/> 薬剤注入 実施時間（ : ） ショット（ 可 : 不可 ）				
		<input type="checkbox"/> その他 嘔吐時の指示（ ） 抜去時の対応（ ） 胃残がある場合について（ ） 注意点など（ ）		
	導尿	カテーテルの種類（ ） サイズ（ ）Fr 挿入の長さ（ ）cm 実施時間（ : ）（ : ）（ : ） 注意点など（ ）		
	その他			
【緊急時の対応など】				

記入日 年 月 日 医療機関名 (住所・電話番号) 医師名 印