第6号様式

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 |  | |
| 児童氏名 |  | 生年月日  　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 診断名 |  | |

※該当する指示内容に☑　チェック・数値等をご記入ください。

（１枚目）

|  |  |
| --- | --- |
| □　経 管 栄 養 | 〔種類〕  □：経鼻胃チューブ　　□：経鼻十二指腸留置チューブ  　　サイズ（　　　）Fr.　　挿入長さ（　　　　）㎝  □：胃ろう　　□：腸ろう  　　チューブの種類（　　　　　）　　サイズ（　　　）Fr.　　（　　　）㎝挿入  　　バルンの水量（　　　　）ml  　※チューブの抜去時の対応や注意点など |
| □：栄養剤注入  　　栄養剤　実施時間（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）  　　内容（　　　　　　 ）　１回量（　　　　　ml）注入速度（　　　　　分）  　　□胃残量が（　　）未満の時は、そのまま予定量を注入する  　　□胃残量が（　　）ml以上（　　）ml未満の時（ ）  　　□胃残量が（　　）ml以上の時（ ）  　　□胃残の色に異常がある場合（ ）  　　□その他、胃残の性状に異常がある場合の対応      □水分注入　実施時間（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）  　　内容（　　　　　　 ）　１回量（　　　　　ml）注入速度（　　　　　分）  　　□胃残量が（　　）未満の時は、そのまま予定量を注入する  　　□胃残量が（　　）ml以上（　　）ml未満の時（ ）  　　□胃残量が（　　）ml以上の時（ ）  　　□胃残の色に異常がある場合（ ）  　　□その他、胃残の性状に異常がある場合の対応      □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 |

|  |  |
| --- | --- |
| □ 喀痰吸引 | □鼻、口からの吸引  　　吸引カテーテルのサイズ（　　　）Fr.　吸引圧（　　　）㎝H20以下  　　鼻からの挿入の長さ（　　　）㎝　　　　口からの挿入の長さ（　　　）㎝  　　注意点など  　　〔 〕  □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（　　　）㎝H20以下  　　カニューレ入口からの挿入の長さ（　　　）㎝　　　口からの挿入の長さ（　　　）㎝  　　注意点など  　　〔 〕  □持続吸引 |
| □ 気管切開  部の観察 | □単純気管切開　　□咽頭気管分離　　□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（　　　）㎝  　　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  　　〔 〕 |
| □ 酸素  管理 | 酸素流量（　　　）L/分　　SpO2（　　　）％以下の場合（ ）  　注意点など |
| □ 人工呼吸器 | □TPPV　　□NPPV  機種　（　　　　　　　）　呼吸モード　（　　　　　　　）  　吸気圧　　（　　　　　　　）　PEEP　（　　　　　　　）  　呼吸回数　（　　　　　　　）  　酸素　（　　　　　　　　　）  機械トラブル時の連絡先　（　　　　　　　　　　　　　　）  その他 |
| □ 薬液吸入 | 実施時間（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）  吸入内容・量  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  注意点など |
| □ 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さ（　　　）㎝　　用手圧迫（　可 ・ 不可　）  注意点など |
| □ 血糖値測定  インスリン注射等 | □血糖測定  測定時間（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）  対処方法  □インスリン注射  薬剤名（　　　　　　　）　１回投与量（　　　　　　）  投与時間（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　） |

（２枚目）

|  |  |
| --- | --- |
| □ その他の医療的ケア |  |
| 緊急時の対応　※ 至急受診が必要な状態は、どのような場合かご記入をお願いします。 | |

　　 　施設長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　㊞

住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

本書指示に基づき、保育施設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

（３枚目）