

医療的ケア実施指示書

(施設名) _____ 様

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

貴施設における対象児童への医療的ケアの実施について、次のとおり指示します。

指示期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 (1年以内)

対象児童氏名	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"/> 腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
具体的指示内容	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 保育士実施の場合 鼻からの挿入の長さ (_____) cm 口からの挿入の長さ (_____) cm <input type="checkbox"/> 看護師実施の場合 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"/> 経管栄養 種類 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管留置カテーテル サイズ (_____) Fr. 挿入長さ (_____) cm <input type="checkbox"/> 胃ろう カテーテルの種類 (_____) サイズ (_____) Fr (_____) cm挿入 バルンの水の量 (_____) ml <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) ショット可 不可 <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 [_____] <input type="checkbox"/> カテーテル・胃ろう抜去時の対応など [_____]
	<input type="checkbox"/> その他 てんかん発作の指示はこちらに記入してください。
	<input type="checkbox"/> 緊急時の対応

医療機関名
 医療機関住所
 電話番号
 医師氏名

印