主治医→保護者→市

医療的ケア指示書

様式４

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　（20　　年　　月　　日　～　20　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 教育・保育施設名 | |  | |
| 子ども | 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 | | | □　口腔内の喀痰吸引 □　鼻腔内の喀痰吸引 □　気管カニューレ内の喀痰吸引  □　経管栄養（経鼻胃管） □　胃ろうによる経管栄養　　　□　その他（　　　　　　　　　　　） |
| 具体的指示内容 | □　喀痰吸引 | □ 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  □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  □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〔 〕 | |
| □　経管栄養 | 種類　□　経鼻胃管留置カテーテル　サイズ（　　　)Fr.　　挿入長さ（　　　）㎝  　　　□　胃ろう カテーテルの種類（　　　）　サイズ（　　　）Fr　（　　　）㎝挿入　バルンの水の量（　　　）ml | |
| □ 栄養剤注入  栄養剤　 実施時間（　　　　：　　 　） （　　　　：　　　　）  内容・量（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　注入時間（ 　 分 ～ 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（褐色・黄色・緑色）場合は（ ）  □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（　　　　　　　　） 注入速度（ 　 分 ～　　分）　ショット可　不可  □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（褐色・黄色・緑色）場合は（ ）  □その他、胃残の性状に異常がある場合の対応〔 〕  □ 薬剤注入　 実施時間（　　　：　　　）　　　※注意点など〔 〕  □ 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〔 〕  □　カテーテル・胃ろう抜去時の対応など  〔 〕 | |
| □その他 |  | |
| □緊急時の対応 |  | |

記入日 年 月 日

医療機関名

（住所・電話番号）

医師名