主治医→保護者→市

様式４

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（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 | 普段（緊急時以外）必要とする医療的ケアの内容 | □ 喀痰吸引 |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | □ 口腔 ／ □ 鼻腔 ／ □ 気管 | | | | | | | | | | | 挿入長さ | | | | | | | 保育士実施の場合 | | | | | 看護師実施の場合 | | |  |
| ・吸引カテーテル サイズ | | | | | | | （ 　　）Fr. | | | | 鼻から | | | | | | | （　　　　）cm | | | | | （　　　　）cm | | |
|  | | |
| ・吸引圧 | | | | | | | （　　　）kPa以下 | | | | 口から | | | | | | | （　　　　）cm | | | | | （　　　　）cm | | |
| ※注意点など（ 　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　経管栄養 |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種類 | | | | | | | | | | | | サイズ | | | | | | | | | 挿入長さ | | | | | バルンの水の量 | |  |
| □ 経鼻胃管留置カテーテル | | | | | | | | | | | | （　　 　）Fr. | | | | | | | | | （ 　 　　）cm | | | | |  | |
| □ 胃ろう カテーテルの種類（ 　　　 ） | | | | | | | | | | | | （　　 　）Fr. | | | | | | | | | （　 　　）cm | | | | | （　　 　）ml | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | □ | 栄養剤  注入 | | | | 実施時間 | | | | | 内容・量 | | | | | | | | | | | | | | 注入時間 | | | |  |
| （ ： ）（ ： ） | | | | | （ 　　 　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | （　　 分 ～　 　分） | | | |  |
|  |  | | | | □ | 胃残量が（　　　）ml未満時 | | | | | | | | | | | そのままの予定量を注入する | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | □ | 胃残量が（　　　）ml以上（　　　）ml未満時 | | | | | | | | | | | （ 　　　 　 　　 　　　　） | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | □ | 胃残量が（　　　）ml以上 | | | | | | | | | | | （ 　　　 　 　　 　　　　） | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | □ | 胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）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 | | | | 注入速度 | | | | ショット |
| （ ： ）（ ： ） | | | | | （　　　　　　　　 　　　　　） | | | | | | | | | （　　　 　） | | | | （ 分 ～ 分） | | | | 可 ・ 不可 |
|  | | | | □ | 胃残量が（　　　）ml未満時 | | | | | | | | | | | | そのままの予定量を注入する | | | | | | | | | |
|  |  | | | | □ | 胃残量が（　　　）ml以上（　　　）ml未満時 | | | | | | | | | | | | （ 　　　 　 　　 　　　　） | | | | | | | | | |
|  |  | | | | □ | 胃残量が（　　　）ml以上 | | | | | | | | | | | | （ 　　　 　 　　 　　　　） | | | | | | | | | |
|  |  | | | | □ | 胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）場合 | | | | | | | | | | | | （ 　　　 　 　　 　　　　） | | | | | | | | | |
|  |  | | | | □ | 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 |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 医療的ケアの項目 | | | | | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 内容 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | ： | | | | | | | | | | | | |