（様式６）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医→保護者→保育所等

医療的ケア実施指示書

（保育施設名）　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　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。

裏面へ続く

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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　　□　腸ろうによる経管栄養  □　導尿　　□　インスリン注射　　□　服薬管理　　□　酸素療法  □　気管切開部の管理　　□　吸入　　□　人工呼吸器の管理  □　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  □ 気管カニューレの種類（　　　　　）　サイズ（　　　　　）Fr.  □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〔 　 〕 | |
| □　気管カニューレ・胃ろう等の抜去時の対応 | |
| □その他 | □ 服薬管理　　　□ 酸素療法　　　□ 気管切開部の管理　　　□ 吸入　　　□ 人工呼吸器の管理 | |
| 施設外での活動、てんかん発作時、その他の指示等はこちらに記入してください。 | |
| □緊急時の対応 |  | |

（様式６）

医療機関名

医療機関住所

電話番号

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印