

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。

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 (_____) cm ☐ 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 ☐ 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

(様式6)

☐ 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こに記入してください。
☐ 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