様式第３号

**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。

対象児

|  |
| --- |
| 児童名：性　別：　　　　　生年月日　　　　年　　　　月　　　　日（　　歳　　ヵ月）診断名： |

※該当の指示内容に☑（チェック）・数値等を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療的ケアの内容 | 実施有無 | 指示内容及び配慮事項 |
| 酸素（呼吸）管理 | □有 □無 | □マスク | 酸素吸入流量（安静時 ㍑／分 ･労作時 ㍑/分）酸素吸入時間（24時間・睡眠時） |
| □経鼻カニューレ | 酸素吸入流量（安静時 ㍑／分 ・ 労作時 ㍑／分）酸素吸入時間（24時間・睡眠時） |
| □気管切開部 | 気管切開部からの酸素吸入カニューレの種類： Fr ｃｍ単純気管切開 ・ 喉頭が気管分離 ・ その他 |
| □持続陽圧換気 | 酸素吸入時間（24時間・睡眠時）その他別に指示書を提出してください。 |
| 起こりやすいトラブル（ ）対処方法など（ ） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 喀痰吸引 | □有 □無 | □口腔内 | カテーテルサイズ（挿入長さ （ ㎝）吸引圧 （その他 （ | Fr） | ）） |
| □鼻腔内 | カテーテルサイズ（挿入長さ （ | Fr）㎝） |  |
|  |  |  | 吸引圧 （ |  | ） |
|  |  |  | その他 （ |  | ） |
| □気管切開部 | カテーテルサイズ（挿入長さ （ | Fr）㎝） |  |
|  |  |  | 吸引圧 （ |  | ） |
|  |  |  | その他 （ |  | ） |
| 気管切開部の処置 | □有 □無 | □人工鼻着脱□ガーゼ交換 □気管カニューレ観察 | カニューレ種類（サイズ（ or カフ □無 | □有（ | ）） ml） |
| 抜去時の対応 | □再挿入再挿入時カニューレ種類（ ）サイズ（ ）カフ□無 □有（ ml）□再挿入しないで救急搬送□その他 （ ) |
| 経管栄養 | □有 □無 |  種 類 □ 胃ろう □ 経鼻 □ 腸ろう注入内容（ ）注入量・回数（ ・ ）注入方法（ 自然滴下 ・ ポンプ使用 ・ シリンジ注入 ）注入の所要時間（ ）分 カテーテルサイズ（ ）Fr・挿入の長さ（ ）ｃｍ |
| 導 尿 | □有 □無 | カテーテルサイズ （ ）Fr 回数 約（ ）回／日 導尿時間（ ） |
| 血糖値管理 | □有 □無 |  回数 （ ）回/日 時間（ ） |
| インスリン注射 | □有 □無 | 注射シリンジ名（薬剤名・量（回数 （ ）回/日 | 量 | ）） |
|  |  | 時間（ |  | ） |
|  |  | 低血糖時の対応（ |  | ） |
| その他のケア | 配慮事項 |  |  |
| 緊急時の対応 | 〔発作、誤嚥、発熱時等に係る対応〕 |  |  |
| 保育施設での生活上の注意及び配慮事項並びに活動の制限等 | 〔感染症流行時に係る対応等〕 |  |  |

記 入 日 年 月 日

医療機関名

（住所・電話番号）

 医 師 名