（様式４）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（保護者→主治医→保護者→実施施設）

　　年　　月　　日

施設名

施設長名　　　　　　　　　　　　様

医療機関名

医師名

所在地

連絡先

医療的ケア指示書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指示期間(　　年　　月　　日～　　年　　月　　日)

南陽市において医療的ケアを必要とする児童に対して、医療的ケアについての指示書を提出します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 男女 | 生年月日 | 　　　 年　　月　　日（　　　　歳） |
| 医療的ケアの内容 | 実施の有無 | 指示内容及び配慮事項 |
| 吸 引 | □ 有　□　無 | 部 位 　□口腔内　□鼻腔内　□気管カニューレ内　　　　　　カテーテルサイズ(Fr) (　　　　　　　　　　Fr　　　)回 数 　約 回／日吸引圧　(　　　　　　　　　　)挿入長さ(　　　　　　　　　　) |
| 酸素吸入 | □ 有　□　無 | 部位　□鼻腔カニューレ　□経鼻咽頭エアウェイ　　　□酸素マスク　　　□気管カニューレ□常時　流量（ ㍑／分）□随時　流量（ ㍑／分）目安(　　　　　　　　)□機器　(　酸素ボンベ　・酸素濃縮器　・　　　　　　)  |
| 噴霧吸入 | □ 有　□　無 | □定時　□随時(体調変化等)　目安(　　　　　　　　　　　　　)薬剤名・量(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 経管栄養 | □ 有　□　無 | □鼻腔　□胃瘻　□腸瘻　□その他(　　　　　　　　　　)チューブの種類(　　　　　　)　太さ(　　　　　　　Fr)長さ(　　　　　　　㎝)　固定水(　　　　　　　　　ml)注入内容　□栄養　時刻(　　　)　栄養剤名・量(　　　　　　　　)□薬　　時刻(　　　)　薬剤名・量(　　　　　　　　　)□水分　時刻(　　　)　量(　　　　　　　　　　　　　) |
| 導 尿 | □ 有　□　無 | □導尿の実施　□自己導尿の補助・援助回数(　　　　　　時間毎　) カテーテルサイズ(Fr)（　　　　Fr）挿入の長さ(　　　　　㎝　) |

（裏面に続く）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療的ケアの内容 | 実施有無 | 指示内容及び配慮事項 |
| 気管切開 | □ 有　□　無 | □人工鼻着脱　□ガーゼ交換　□気管カニューレ状態確認術式　□単純気管切開　□喉頭気管切開　　　　□その他(　　　　　　　　　　)気管カニューレ　サイズ(　　　　)　カフ　□有　□無抜去時の呼吸状態　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)抜去しないための予防策(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)緊急搬送時の判断基準及び対応(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 人工呼吸器 | □ 有　□　無 | 自発呼吸　□有(状態　　　　　　　　)　□無人工呼吸器　種類(　　　　　　　　)　型式(　　　　　　)換気回数　　　回/分　設定条件(　　　　　　　　　　　 )酸素吸入　□なし　□あり　流量（ ㍑／分）緊急搬送時の判断基準及び対応(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 発作対応 | □ 有　□　無 | □てんかん　□喘息　□その他( )発作の状態(発作型・頻度・重積等)(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)薬剤名・量( )発作時の対応(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| その他 | □ 有　□　無 | その他のケア(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 緊急時の対応 | [発作，誤嚥，発熱時等に係る対応] |
| 症　状（器具のトラブルを含む） |  対　　応 |
|  | （　　　　　　　　　　 　　）の後経過観察 |
|  | （　　　　　　　　　　　　　）の後速やかに医療機関受診 |
|  | 直ちに救急搬送 |
| 保育所等での生活上の注意及び配慮事項並びに活動の制限等 |  |