医療的ケア指示書

標記の件について、下記のとおり指示いたします。指示期間（　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保育施設名 |  | | |
| 児童氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日　　　歳 |
| 主たる疾患名 |  | | |
| 投薬中の薬剤 |  | | |

＊該当の指示内容に✓（チェック）・数値等を記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| □　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  □　口腔内の喀痰吸引　□　鼻腔内の喀痰吸引　□　導尿　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 経管栄養 | □　鼻腔留置チューブ　サイズ（　　　）Fr．　　挿入長さ（　　　）㎝  □　胃ろう　　□　腸ろう  　　チューブの種類（　　　　　　）　サイズ（　　　）Fr．　（　　　　）㎝　挿入  　　バルンの水の量（　　　　）ml  チューブの抜去時の対応（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □　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）  □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（　　：　　）（　　：　　）  内服内容や注意点等（　 ）  □　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（　　：　　）（　　：　　）  注意点等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 喀痰吸引 | 吸引カテーテルのサイズ（　　　　）Fr．　吸引圧（　　　　）㎝20以下  口からの挿入の長さ（　　　　）㎝　　鼻からの挿入の長さ（　　　　）㎝  注意点等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 導尿 | 実施時間（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）  カテーテルの種類（　　　　　　　　）　サイズ（　　　　）Fr．  尿道に挿入する長さ（　　　　　）㎝　　用手圧迫（　可　・不可）  注意点等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他の医療的ケア |  |
| ＊至急受診が必要な状態はどのような場合かご記入をお願いします | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長　殿

記入日　令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名

住所

電話番号

医師署名