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（　　）cm

□　胃ろう　　□　腸ろう

チューブの種類（　　）　サイズ（　　）Fr.　（　　）cm　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（　　）cm 20 以下 口からの挿入の長さ（　　）cm　鼻からの挿入の長さ（　　）cm 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（　　）cm　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

裏