

氏名		生年月日	年 月 日生
指示先	① (施設名)		
	② (施設名) 新たに追加になった場合：記入日 (年 月 日)		
	③ (施設名) 新たに追加になった場合：記入日 (年 月 日)		
主治医	記入日	年 月 日	
	医療機関名 所在地 電話番号		
	医師名	(自署または記名押印)	

<医療的ケア指示期間>

指示開始年月日 (初回記入欄)	年 月 日 ~		
①更新確認年月日 (2回目記入欄)	年 月 日	医師氏名	(自署または記名押印)
②再更新確認年月日 (3回目記入欄)	年 月 日	医師氏名	(自署または記名押印)

※障害福祉サービス等は1年に1回程度(サービスによっては3年に1回程度)更新が必要です。それに準じて「医療的ケアに関する指示書」について指示内容に変更がない場合、上記の①更新確認(または②再更新確認)の欄に確認年月日、医師氏名のみ記入してください。医療的ケアに変更及び追加があった場合は、新たに「医療的ケアに関する指示書」を作成してください。

<施設で必要な医療的ケア>

医療的ケア項目	指示内容	
1. <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 の管理	機種	
	設定条件	
	換気回数	
	注意点等	
	想定される 緊急事態と 対処方法	
2. <input type="checkbox"/> 気管切開 の管理	管理方法	<input type="checkbox"/> カニューレ状態確認 <input type="checkbox"/> ガーゼ交換 <input type="checkbox"/> 人工鼻
	切開術式	<input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他 ()
	種類・サイズ	
	注意点等	
	想定される 緊急事態と 対処方法	

