医療的ケアに関する指示書

※医療的ケアに関する指示書（原本）は、ご家族が保管してください。（子育てサポートブック～いけあキッズ郡山ver～に綴る）

※施設への指示書の提出は、原本をコピーしてご使用ください。

※指示期間内に新たに施設利用が追加になった場合、指示内容に変更がなければ原本に（施設名）及び記入日を主治医に追記して

もらい、コピーして施設にご提出ください。

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

＜施設で必要な医療的ケア＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種類 | 指示内容 | | |
| □ 喀痰吸引 | 部位 | □ 口腔内　□ 鼻腔内　□ 気管内 | |
| カテーテルサイズ |  | |
| 吸引圧 |  | |
| 挿入の長さ |  | |
| 頻度 |  | |
| 注意点等 |  | |
| □ 経管栄養 | 種類 | □ 経鼻　□ 胃ろう　□ 腸ろう | |
| チューブサイズ |  | |
| 挿入の長さ |  | |
| 栄養剤 | 内容・量 |  |
| 実施時間 |  |
| 注入時間 |  |
| 水分 | 内容・量 |  |
| 実施時間 |  |
| 注入時間 |  |
| 薬剤 | 内容・量 |  |
| 実施時間 |  |
| 注意点等 |  | |
| □ 導尿 | カテーテルサイズ |  | |
| 挿入の長さ |  | |
| 頻度 |  | |
| 注意点等 |  | |
| 種類 | 指示内容 | | |
| □ 酸素吸入 | 種類 | □ 鼻腔　□ 気管　□ その他（　　　　　　　　　　　） | |
| 酸素流量 |  | |
| 実施時間 |  | |
| 注意点等 |  | |
| □ 薬液吸入 | 内容・量 |  | |
| 実施時間 |  | |
| 注意点等 |  | |
| □ 気管切開  　 部のケア | 種類 | □ カニューレ状態確認　□ ガーゼ交換　□ 人工鼻 | |
| 切開術式 | □ 単純気管切開　□ 喉頭気管分離　□ その他（　　　　） | |
| カニューレ種類・サイズ |  | |
| 注意点等 |  | |
| □ 人工呼吸器 | 機種 |  | |
| 設定条件 |  | |
| 換気回数 |  | |
| 注意点等 |  | |
| □ 発作対応 | 種類 | □ てんかん　□ 喘息　□ アレルギー(アナフィラキシー)  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 対応 |  | |
| □ その他 | 【必要に応じて別紙添付】 | | |

＜緊急時の対応＞

|  |  |
| --- | --- |
| 想定される緊急事態 | 対　　　　応 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |