

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～いけあきッズ郡山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)		
	② (施設名)		
	新たに追加になった場合: 記入日(令和 年 月 日)		
指示先	③ (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	<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 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		

