

おのぎきスマイル保育園 園長 宛て

医療的ケア指示書

標記の件について、次のとおり指示します。

施設名		指示期間	年 月 日から
園児氏名			年 月 日まで
生年月日	年 月 日	主たる疾患名	

※ 該当する項目に記入してください(他様式による場合は、注意事項等欄に「別紙のとおり」と記載の上添付してください)。

☐ 口腔内の喀痰吸引 ☐ 鼻腔内の喀痰吸引 ☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ☐ 経管栄養(経鼻) ☐ 経管栄養(胃ろう) ☐ 経管栄養(腸ろう) ☐ 導尿 ☐ その他		
喀 痰 吸 引	種別	☐ 鼻、口からの吸引 吸引カテーテルのサイズ(Fr) 吸引圧(cmH ₂ O)以下 鼻からの挿入の長さ(cm) 口からの挿入の長さ(cm)
		☐ 気管カニューレからの吸引(又は気管内吸引) 吸引カテーテルのサイズ(Fr) 吸引圧(cmH ₂ O)以下 カニューレ入口からの挿入の長さ(cm)
	吸引の頻度	☐ 喘鳴毎 ☐ (分)毎 ☐ その他()
	注意事項等	
経 管 栄 養	種別	☐ 鼻腔留置チューブ サイズ(Fr) 挿入長さ(cm)
		☐ 胃ろう チューブの種類() サイズ(Fr) 挿入長さ(cm) バルンの水の量(ml)
		☐ 腸ろう チューブの種類() サイズ(Fr) 挿入長さ(cm) バルンの水の量(ml)
	回数	1日(回)注入のうち、保育園で注入が必要な回数は(回)
	保育園での実施時刻	
	1回の注入時間	
	内容・量	
	チューブ抜去時の対応	
	胃残時の指示	
注意事項等		

気 管 切 開 部 の 観 察	気管切開の状態	☐ 単純気管切開 ☐ 喉頭気管分離 ☐ その他()
	肉芽	☐ 有 ☐ 無 検査(☐ 定期: か月毎 ☐ 不定期:最終検査 年 月 日)
	カニューレ	カニューレの種類() 内径(mm) 入口から先端までの長さ(cm)
	注意事項等	
導 尿	回数	1日(回)実施 / (時間)毎に実施
	保育所での実施時刻	
	カテーテル	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
	注意事項等	
その他のケア		別紙のとおり

※ 至急受診が必要な状態、緊急時のリスク及び対応等について記入してください(「医療的ケアに関する主治医の意見書」の記載内容と同一の場合は省略可)。

☐ 意見書の記載内容と同一のため省略
☐ 意見書の記載内容から変更等あり

※ 次の項目について確認の上、チェックを入れてください。

☐ 保育所における医療的ケアを安全に実施するために、園長、看護師等から医療的ケアに係る相談等を受けることに同意します。 ☐ 医療的ケアの実施に係る指導助言等(実技研修の修了確認、個別マニュアルの内容確認等)を受けるため、保護者の承諾を得た上で、看護師等が主治医医療機関での受診に同行することに同意します。

記入日: 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

電話番号

医師氏名