

(様式6)

医療的ケアに関する指示書

新規

継続 前回の指示内容と変更がないため、前回確認した実施計画書のとおり継続可

指示期間(年 月 日～ 年 月 日)

施設名	
児童氏名	生年月日 年 月 日(歳)
主たる疾患名	
※当該の指示内容に <input checked="" type="checkbox"/> (チェック)・必要事項を記入してください。	
<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻) <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> 経管栄養(腸ろう) <input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 気管切開部の観察	<input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他() カニューレの種類()内径()mm 入口から先端までの長さ()cm カニューレ抜去時や、気管切開部・気管内出血等への対応など []
<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 鼻、口からの吸引 吸引カテーテルのサイズ()Fr. 吸引圧()kPa 以下 鼻から挿入の長さ()cm 口から挿入の長さ()cm 注意点など[] <input type="checkbox"/> 気管カニューレからの吸引(または気管内吸引) 吸引カテーテルのサイズ()Fr. 吸引圧()kPa 以下 カニューレ入り口からの挿入の長さ()cm 注意点及び緊急時等[]
<input type="checkbox"/> 薬液吸入	<input type="checkbox"/> 定時の吸入 吸入時間(:)(:) 吸入薬内容/量(/)(/) 注意点及び緊急時等[]
<input type="checkbox"/> 酸素管理	酸素流量()L/分 使用場面[] SPO2()%以下の場合[] 注意点及び緊急時等[]
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器のチェック	種類 <input type="checkbox"/> TPPV <input type="checkbox"/> NPPV(<input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 鼻・口) メーカー・機種() 業者名() モード() 換気回数(f): 回/分 酸素濃度(Fio2): 離脱 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可(分) 注意点及び緊急時等[]

※該当の指示内容に☑(チェック)・数値等を記入してください。 児童氏名()

☐ 経管栄養	種類 <input type="checkbox"/> 鼻腔留置チューブ サイズ()Fr. 挿入長さ ()cm <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
	<input type="checkbox"/> 栄養剤注入 実施時間(:)(:)(:)(:) 内容・量 () 注入時間(分~ 分) ・胃残量が()ml未満の時は そのまま予定量を注入する ()ml 以上 ()ml 未満の時() ()ml 以上の時は () ・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 ()
☐ ろう部の観察	<input type="checkbox"/> 胃ろう・腸 チューブの種類()サイズ()Fr. ()cm 挿入 バルーンの水の量()ml Yガーゼ 有 ・ 無 チューブ抜去時の対応など〔
☐ 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) 注意点及び緊急時等〔
☐ 血糖値測定等	1 回数・時間 ・1日 ()回測定 ・園内での測定時間(:)(:) 2 血糖測定後の対応 3 注意点及び緊急時等〔
その他、特記事項	

年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師名