



※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（ ）

<input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 気管切開部の	<input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 肉芽について 有・無    ・検査（    ヶ月毎） ・ 不定期（最終検査    年    月） 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・気管内出血への対応など [    ]
<input type="checkbox"/> 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 [    ]
<input type="checkbox"/> 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 [    ]
<input type="checkbox"/> 薬液吸入 <input type="checkbox"/> 定時の	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"/> のチェック <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	本人の状態及び呼吸器の作動状況についての注意点 [    ] 起こりやすいトラブルと対処方法 [    ]
<input type="checkbox"/> 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