

保育所等 宛

医療機関名 \_\_\_\_\_  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 主治医名 \_\_\_\_\_ (自署もしくは記名押印)

### 医療的ケア指示書

児童氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： 年 月 日 歳 ヶ月

疾患名・診断名 \_\_\_\_\_

指示期間： 年 月 日 ~ 年 月 日

医療的ケア等の内容と方法(該当する指示内容□に✓と、必要に応じて内容等を記入してください)

		方法・留意点・緊急時の対応			
□ 喀痰吸引		□口腔内:カテーテルサイズ( )Fr 吸引圧( )kPa 以下 口からの挿入の長さ( )cm			
		□鼻腔内:カテーテルサイズ( )Fr 吸引圧( )kPa 以下 鼻からの挿入の長さ( )cm			
		□気管カニューレ内:カテーテルサイズ( )Fr 吸引圧( )kPa 以下 気管カニューレ内カテーテルからの挿入の長さ( )cm 気管カニューレ種類( ) カフ(無・有)⇒カフ圧の確認:□カフ圧計( )cm H <sub>2</sub> O □シリンジ( )ml			
	留意点				
	緊急時の対応				
□ 経管栄養	注入方法	□経鼻経管:サイズ( )Fr 挿入の長さ( )cm □胃ろう :サイズ( )Fr □腸ろう :サイズ( )Fr			
	種類	□バルーンボタン型 固定( )ml □バルーンチューブ型 固定( )ml □バンパーボタン型 □バンパーチューブ型			
	実施内容	注入内容		注入方法	
				□滴下 □ショット □加圧バッグ □その他( )	
		時間帯	内容と量	注入時間	内服
				分~ 分	有・無
胃残量に 応じた指示	□無				
	□有 胃残量が □( )ml未満の時は そのまま予定量を注入 □( )ml以上( )ml未満の時 ⇒ □( )ml以上の時 ⇒				

【裏面もご記入下さい】

		方法・留意点・緊急時の対応	
経管栄養	留意点		
	緊急時の対応		
□導尿	実施内容	カテーテルの種類	
		カテーテルのサイズ	( )Fr 尿道に挿入する長さ( )cm
	実施時刻	( : ) ( : ) ( : )	
		( : ) ( : ) ( : )	
留意点			
緊急時の対応			
□血糖測定・インスリン注射	実施内容	□血糖値の測定 □インスリン注射	
		血糖測定の時間	□( : ) □( : ) □( : ) □昼食後 □おやつ前 □その他( )
		インスリンの種類・用法・容量	※併せて「与薬指示書」の提出をお願いします
		インスリン注射の実施時間	□( : ) □( : ) □( : )
	血糖値に応じた指示	□血糖値が( )mg/dl 以下の場合⇒ □血糖値が( )mg/dl 以上の場合⇒ □その他( )	
	留意点		
緊急時の対応			
□その他	実施内容		
	留意点		
	緊急時の対応		

※保育時間中に内服や注射など投薬がある場合は、別に「与薬指示書」の提出が必要になります。