

# 医療的ケア実施指示書

(保育施設名) \_\_\_\_\_ 様

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

貴施設における対象児童への医療的ケアの実施について、次のとおり指示します。

指示期間： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (1年以内)

対象児童氏名	_____	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 歳
主たる疾患名	_____		

※該当の指示内容に☑ (チェック)・数値等を記入してください。

医療的ケアの項目	<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"/> 気管カニューレ内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻胃管) <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
具体的指示内容	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 口腔、鼻腔、気管からの吸引 吸引カテーテルのサイズ ( _____ ) Fr. 吸引圧 ( _____ ) kPa 以下 <input type="checkbox"/> 保育士実施の場合 鼻からの挿入の長さ ( _____ ) cm 口からの挿入の長さ ( _____ ) cm <input type="checkbox"/> 看護師実施の場合 鼻からの挿入の長さ ( _____ ) cm 口からの挿入の長さ ( _____ ) cm ※注意点など [ _____ ]
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 種類 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管留置カテーテル サイズ ( _____ ) Fr. 挿入長さ ( _____ ) cm <input type="checkbox"/> 胃ろう カテーテルの種類 ( _____ ) サイズ ( _____ ) Fr ( _____ ) cm挿入 バルンの水の量 ( _____ ) ml <input type="checkbox"/> 栄養剤注入 栄養剤 実施時間 ( _____ : _____ ) ( _____ : _____ ) 内容・量 ( _____ ) 注入時間 ( _____ 分 ~ _____ 分) <input type="checkbox"/> 胃残量が ( _____ ) 未満の時は そのまま予定量を注入する <input type="checkbox"/> 胃残量が ( _____ ) ml 以上 ( _____ ) ml 未満の時 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 胃残量が ( _____ ) ml 以上の時 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある (褐色・黄色・緑色) 場合は ( _____ ) <input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 [ _____ ] <input type="checkbox"/> 水分注入 実施時間 ( _____ : _____ ) ( _____ : _____ ) 内容 ( _____ ) 1回量 ( _____ ) 注入速度 ( _____ 分 ~ _____ 分) ショット可 不可 <input type="checkbox"/> 胃残量が ( _____ ) 未満の時は そのまま予定量を注入する <input type="checkbox"/> 胃残量が ( _____ ) ml 以上 ( _____ ) ml 未満の時 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 胃残量が ( _____ ) ml 以上の時 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある (褐色・黄色・緑色) 場合は ( _____ ) <input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 [ _____ ] <input type="checkbox"/> 薬剤注入 実施時間 ( _____ : _____ ) ※注意点など [ _____ ] <input type="checkbox"/> 胃からの脱気 脱気のタイミング ・注入前 ・注入中 ・注入後 ・その他 ( _____ : _____ ) ( _____ : _____ ) ※注意点など [ _____ ] <input type="checkbox"/> カテーテル・胃ろう抜去時の対応など [ _____ ]
	<input type="checkbox"/> その他 てんかん発作の指示はこちらに記入してください。
<input type="checkbox"/> 緊急時の対応	

医療機関名  
 医療機関住所  
 電話番号  
 医師氏名

印