

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)

事業者		事業者種別			
		事業者名称			
対象者	氏名			生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 歳
	住所				電話 (_____) _____
	主たる疾患(障害)名				
実施行為種別		<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 (_____)			
指示内容	具体的な提供内容				
	その他留意事項				
	保育施設内外において留意すべき事項				
実施研修の指導において留意すべき事項					
(参考) 使用医療機器等	1. 経鼻胃管	サイズ： _____ Fr、種類：			
	2. 胃ろうカテーテル	種類：ボタン型・チューブ型、サイズ： _____ Fr、 _____ cm			
	3. 吸引器				
	4. 人工呼吸器	機種：			
	5. 気管カニューレ	サイズ：外径 _____ mm、長さ _____ mm			
	6. インスリン注射				
	7. その他				
緊急時の連絡先 不在時の対応法					

※1. 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等による事業の種別を記載すること。

医療機関名
医療機関住所
電話番号
医師氏名

印