

実施様式2 (江戸川区認可保育施設通園用)※書類作成に関する費用等の負担は請求者(保護者)になります。

医療的ケア指示書

児童が通園する保育施設へ、下記のとおり指示いたします。指示期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日)

児童氏名					保育施設名	保育園			
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。記載しきれない項目は別紙の添付をお願いします。

喀痰吸引	☐ 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									
	☐ 鼻からの挿入の長さ()cm 口からの挿入の長さ()cm	注意点など〔 〕									
		※持続吸引について 吸引カテーテルのサイズ()Fr. 吸引圧()kPa									
		部位(☐ 鼻 ・ ☐ 口) 挿入の長さ()cm 注意点など〔 〕									
	☐ 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 注意点など〔 〕										
	☐ 経鼻エアウェイからの吸引	吸引カテーテルのサイズ()Fr. 吸引圧()kPa以下									
	エアウェイからの吸引カテーテル挿入長さ()cm 注意点など〔 〕										
経管栄養	種類	☐ 経鼻 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう	チューブの種類() サイズ()Fr. ()cm 挿入								
			バルンの水の量()ml Yガーゼ ☐ 有・ ☐ 無								
			チューブ抜去時の対応など〔 〕								
	☐ 栄養剤等の注入	①実施時間(:)(:)									
			内容・量() 注入時間(分～ 分)								
			②実施時間(:)(:)								
			内容・量() 注入時間(分～ 分)								
	☐ 胃残量が()未満の時は	そのまま予定量を注入する									
	☐ 胃残量が()ml以上()ml未満の時()										
	☐ 胃残量が()ml以上の時()										
	☐ 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()										
	注入方法 (☐ 滴下・ ☐ シリンジ注入) シリンジ注入の場合:()ccを()分あけて()回注入する										
	☐ 水分注入	実施時間(:)(:)									
			内容() 1回量() 注入速度(分～ 分)								
☐ 胃残量が()未満の時は	そのまま予定量を注入する										
☐ 胃残量が()ml以上()ml未満の時()											
☐ 胃残量が()ml以上の時()											
☐ 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()											
注入方法 (☐ 滴下・ ☐ シリンジ注入) シリンジ注入の場合:()ccを()分あけて()回注入する											
☐ 薬剤注入	実施時間(:)(:) 注意点など〔 〕										
☐ 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〔 〕									
☐ 経口摂食(☐ 可・ ☐ 一部可・ ☐ 不可)											
		☐ 普通食 ☐ きざみ食 ☐ ペースト食									
		☐ その他 ()									
☐ 導尿	実施時間(:)(:)(:)(:)(:)										
		カテーテルの製品名()サイズ()Fr. 尿道に挿入する長さ()cm 用手圧迫(☐ 可・ ☐ 不可)									
		注意点など〔 〕									

※該当の指示内容に☑(チェック)・数値等を記入してください。記載しきれない項目は別紙の添付をお願いします。

☐ 酸素管理	経路 ☐ 鼻カニュラ ☐ 酸素マスク ☐ 気管切開部 酸素流量()L/分 SP02()%以下の場合〔 〕 使用状況 ☐ 常時・ ☐ 午睡時・ ☐ 啼泣時・ ☐ その他〔 〕 注意点など〔 〕	
☐ 人工呼吸器のチェック	種類 ☐ TPPV ☐ NPPV(☐ 鼻・ ☐ 鼻、口) メーカー・機種〔 〕 呼吸器設定値〔 〕 離脱 ☐ 不可 ☐ 可 離脱条件() 酸素併用 ☐ 無 ☐ 有()L/分) 本人の状態及び呼吸器の作動状況においての注意点 〔 〕 起こりやすいトラブルと対処方法 〔 〕	
☐ 気管切開部の観察	☐ 単純気管切開 ☐ 喉頭気管分離 ☐ その他() ☐ 肉芽について ☐ 有・ ☐ 無・ ☐ 検査()ヶ月毎)・ ☐ 不定期(最終検査 年 月) カニュレの種類()内径()mm 入り口から先端までの長さ()cm Yガーゼ()枚 固定用紐(バンド)の種類() カニュレ抜去時や、気管切開部・気管内出血への対応など 〔 〕	
☐ 測定血糖値	測定時間(:)(:) その他(低血糖時対処方法等) 〔 〕	
☐ けいれん発作	発作 ☐ 無 ☐ 有(内容:) シリーズ形成 ☐ 無 ☐ 有(内容:) 発作時の対応 ☐ その場で様子を見る ☐ その場で坐薬を挿入する→別紙『与薬に関する診断書及び指示書』を提出してください。 ☐ 救急搬送する ☐ その他(内容:)	
☐ 吸薬・吸入液時の	① 吸入時間(:)(:) 吸入薬内容/量(/) ② 吸入時間(:)(:) 吸入薬内容/量(/) 注意点など〔 〕	
☐ その他(予想される緊急時の対応や、施設での生活上の配慮事項など) ☐ 別紙あり		

※以下の指示内容に該当する場合は☑(チェック)して、別紙『与薬に関する診断書及び指示書』のご提出をお願いします。

☐ 与薬 ☐ 吸入 ☐ インスリン投与 ☐ 浣腸→ ☐ 実施内容は保護者の依頼に準ずる
☐ 中心静脈栄養→注意点(固定長確認方法等)〔 〕

江戸川区子ども家庭部保育課長 殿		令和 年 月 日
機関名		医師名 印
住所		電話 ()

