

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〔 〕			
引	☐ 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〔 〕			
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)	
	☐ 経管栄養	☐ 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 ☐ 鼻カニューラ ☐ 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) カニューレの種類()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() カニューレ抜去時や、気管切開部・気管内出血への対応など []
☐ 測定血糖等値	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:)
☐ 吸薬定入液時の	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	()