パソコンで入力できます

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園へ、下記のとおり指示いたします。　指示期間(令和　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日)

保育園			
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。記載しきれない項目は別紙の添付をお願いします。

□口腔内の喀痰吸引　□鼻腔内の喀痰吸引　□気管カニューレ内部の喀痰吸引

□経管栄養(経鼻胃管)　□胃ろうによる経管栄養　□腸ろうによる経管栄養　□その他(　　)

□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(　　)cmH20 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(　　)cmH20

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(　　)cmH20 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(　　)cmH20 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　□　鼻腔留置チューブ　サイズ(　　)Fr.　挿入長さ（　　）cm　□胃ろう　□腸ろう

□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〔　　〕

□経鼻留置チューブ抜去時の対応など

〔　　〕

※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。

□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(　　)㎜　入口から先端までの長さ(　　)㎝ 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 〔　　〕
□胃ろう・腸ろう部の観察	【胃ろう】チューブの種類(　　)　サイズ(　　)Fr.　(　　)㎝　挿入 バルンの水の量(　　)ml　Yガーゼ 有 ・ 無 【腸ろう】チューブの種類(　　)　サイズ(　　)Fr.　(　　)㎝　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〔　　〕
□導尿	実施時間（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　） カテーテルの種類（　　）　サイズ(　　)Fr. 尿道に挿入する長さ(　　)㎝　用手圧迫（ 可 ・ 不可） 注意点など〔　　〕
□定時の薬液吸入	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〔　　〕
□酸素管理	経路　□鼻カニュラ　□酸素マスク 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	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 〔　　〕
□血糖値測定等	測定時間（　　：　　）（　　：　　） その他 〔　　〕
□その他　　□別紙あり	

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿