

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	<input type="checkbox"/> 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(<input type="checkbox"/> 鼻 ・ <input type="checkbox"/> 口) 挿入の長さ()cm 注意点など []
	<input type="checkbox"/> 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 []
	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 チューブ抜去時の対応など []
経 管 栄 養	<input type="checkbox"/> 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) <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(<input type="checkbox"/> 褐色 ・ <input type="checkbox"/> 黄色 ・ <input type="checkbox"/> 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() 注入方法 (<input type="checkbox"/> 滴下 ・ <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 水分注入 実施時間(:)(:) 内容() 1回量() 注入速度(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(<input type="checkbox"/> 褐色 ・ <input type="checkbox"/> 黄色 ・ <input type="checkbox"/> 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() 注入方法 (<input type="checkbox"/> 滴下 ・ <input type="checkbox"/> 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
	<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 <input type="checkbox"/> 注入前 <input type="checkbox"/> 注入中 <input type="checkbox"/> 注入後 <input type="checkbox"/> その他(:)(:) 注意点など []
導 尿	<input type="checkbox"/> 経口摂食(<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 一部可 ・ <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 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(<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 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。

<input type="checkbox"/> 酸素管理	経路 <input type="checkbox"/> 鼻カニューラ <input type="checkbox"/> 酸素マスク <input type="checkbox"/> 気管切開部 酸素流量()L/分 SP02()%以下の場合 [] 使用状況 <input type="checkbox"/> 常時・ <input type="checkbox"/> 午睡時・ <input type="checkbox"/> 啼泣時・ <input type="checkbox"/> その他 [] 注意点など []
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器のチェック	種類 <input type="checkbox"/> TPPV <input type="checkbox"/> NPPV(<input type="checkbox"/> 鼻・ <input type="checkbox"/> 鼻、口) メーカー・機種 [] 呼吸器設定値 [] 離脱 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 離脱条件 () 酸素併用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 []
<input type="checkbox"/> 気管切開部の観察	<input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 肉芽について <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 検査()ヶ月毎)・ <input type="checkbox"/> 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 []
<input type="checkbox"/> 測定糖等値	測定時間(:)(:) その他(低血糖時対処方法等) []
<input type="checkbox"/> けいれん発作	発作 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容:) シリーズ形成 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容:) 発作時の対応 <input type="checkbox"/> その場で様子を見る <input type="checkbox"/> その場で座薬を挿入する→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。 <input type="checkbox"/> 救急搬送する <input type="checkbox"/> その他(内容:)
<input type="checkbox"/> 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 []
<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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。

<input type="checkbox"/> 与薬	<input type="checkbox"/> 吸入	<input type="checkbox"/> インスリン投与	<input type="checkbox"/> 浣腸→	<input type="checkbox"/> 実施内容は保護者の依頼に準ずる
<input type="checkbox"/> 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 () []

与薬に関する診断書及び指示書

保育施設では原則として与薬の代行は行っていませんが、やむを得ないものに限り、保護者の依頼に基づき与薬することとしています。与薬に必要な事項を具体的に把握したいため、お手数ですが下記の注意事項をご確認の上、与薬指示についてご記入をお願いします。

(注意事項)

- ・災害時に備えて、保育中に投薬しない薬も含め1日に必要な薬剤をすべてお預かりしています。現在処方している薬剤をすべてご記入ください。
- ・定期与薬している薬と体調や症状によって頓用薬としている薬剤をすべてご記入ください。 ※医師と保護者の間で使用方法の取り決めがされているもの。
- ・病状が回復し、保育施設での集団生活に支障がないと判断される体調での登園をお願いしているため、抗菌剤を含めて感冒に対する与薬は認めておりません。

児童氏名		男・女	生年月日	年	月	日
------	--	-----	------	---	---	---

	薬剤名・量 (ジェネリック医薬品の場合もその商品名でご記載ください)	薬の副作用や注意事項
内服薬	(例 プロマゼパム 0.02g 1日3回 朝・昼・夕) ※薬剤数が多い場合は処方箋コピーの添付でも可	(例 頓服する場合は1日〇gまで 等)
吸入薬		
軟膏薬		
その他	(浣腸液、貼付薬、注射薬、点眼薬、点鼻薬、点耳薬、座薬等)	

医療的ケア指示書 有 → 薬剤の追加・変更はお薬手帳に準ずる

無 → 与薬期間 年 月 日～ 年 月 日

年 月 日

医療機関名

医師名

住所

電話 ()