様式第４号　　＜主治医→保護者→保育園等＞

医療的ケア指示書

医療的ケアについて、下記のとおり指示します。

指示期間　（　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日）

対象者	児童名	
	主たる疾患名	

※該当の指示内容に☑、数値等を記入してください。

医療的ケアの項目		□喀痰吸引（□口腔内　□鼻腔内　□気管カニューレ内） □経管栄養（□胃ろう　□腸ろう　□経鼻） □導尿（□一部介助　□完全介助） □呼吸管理（□酸素吸入（□気管切開　□鼻腔等）□人工呼吸器（NPPV、IPPV を含む）） □その他（　　）
具体的指示内容	□喀痰吸引	□口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内からの吸引 吸引カテーテルのサイズ（　　）Fr.　吸引圧（　　）kPa 以下 □保育士実施の場合 鼻からの挿入の長さ（　　）cm　口からの挿入の長さ（　　）cm □看護師実施の場合 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（　　）
	□経管栄養	□胃ろう・腸ろう　カテーテルの種類（　　）サイズ（　　）Fr. （　　）cm挿入　バルンの水の量（　　）ml □経鼻経管留置カテーテル　サイズ（　　）Fr.　挿入長さ（　　）cm
		□栄養剤注入 栄養剤・実施時間（　　：　　）（　　：　　） 内容・量（　　・　　）　注入時間（　　分～　　分） □胃残量が（　　）ml 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 未満の時は、（　　） □胃残量が（　　）ml 以上の時は、（　　） □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（　　） □水分注入　実施時間（　　：　　）（　　：　　） 内容（　　）１回量（　　） 注入速度（　　分～　　分）　ショット可・不可 □胃残量が（　　）ml 未満の時は、そのまま予定量を注入する。 □胃残量が（　　）ml 以上（　　）未満の時は、（　　）

（裏面に続く）

具体的指示内容		□胃残量が（　　）ml 以上の時は、（　　） □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（　　） □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（　　） □カテーテル、胃ろう抜去時の対応など （　　）
	□導尿	□自己導尿の補助、援助 サイズ（　　）Fr.　　挿入長さ（　　）cm 実施時間等（　　）
	□呼吸管理	□酸素吸入　流量（　　）１／分　□経鼻　□気管内 □人工呼吸器 種類　□NPPV、IPPV （□鼻　□鼻・口） メーカー・機種（　　） 業者名（　　） モード（　　） 換気回数（f）:　　回／分　　酸素濃度（SP0２） 離　脱　□不可　□可（　　）分
	□その他	
	□緊急時の対応	

記入日：　　年　　月　　日

医療機関名：

住所：

電話番号：

医師名：