

医療的ケア指示書

和光市長 様

指示期間（ 年 月 日～ 年 月 日）

ふりがな 児童氏名		生年月日	年 月 日	年齢	
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。					
実施する医 療的ケアの 種類	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 導尿				
具体的指示内容	□ 喀 痰 吸 引	<input type="checkbox"/> 口腔・鼻腔からの吸引 ・吸引カテーテルサイズ（ ）Fr 吸引圧（ ）kPa ・口からの挿入の長さ（ ）cm 、鼻からの挿入の長さ（ ）cm ※注意点等（ ） <input type="checkbox"/> 気管カニューレからの吸引 ・カニューレの種類（ ）カフ（あり・なし）サイズ（ ）Fr ・吸引カテーテルサイズ（ ）Fr 吸引圧（ ）kPa ・カニューレ入口からの挿入の長さ（ ）cm ※注意点等（ ） <input type="checkbox"/> 経鼻エアウェイからの吸引 ・吸引カテーテルサイズ（ ）Fr 吸引圧（ ）kPa ・エアウェイからの挿入の長さ（ ）cm ※注意点等（ ）			
	□ 経 管 栄 養	種類： <input type="checkbox"/> 鼻腔留置チューブ サイズ（ ）Fr 、長さ：外鼻孔～胃まで（ ）cm <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 栄養剤注入 実施時間（ : ）（ : ） 内容（ ）1回量（ ）ml 注入時間（ ）分間 注入方法（イルリガートル・シリンジ・ポンプ使用・加圧バック） ※胃残の対応 <input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）ml未満の場合は、そのまま指示量を注入する <input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）ml以上（ ）ml未満の時は、（ ） <input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）ml以上の時は、（ ） <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある（褐色・黄色・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（ ） <input type="checkbox"/> 水分注入 実施時間（ : ）（ : ） 内容（ ）1回量（ ）ml 注入時間（ ）分間 注入方法（イルリガートル・シリンジ） ※胃残の対応 <input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）ml未満の場合は、そのまま指示量を注入する <input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）ml以上（ ）ml未満の時は、（ ） <input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）ml以上の時は、（ ） <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある（褐色・黄色・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（ ） <input type="checkbox"/> 定時の薬剤注入 *与薬時は保護者より与薬依頼書を受けてから実施する 実施時間（ : ）（ : ） 薬剤名（ ） 注意点等（ ）			
	□ 酸 素 吸 入	<input type="checkbox"/> 経鼻カニューレ <input type="checkbox"/> 酸素マスク <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> その他（ ） 酸素流量（ ）ℓ/分 <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 随時 ※随時の場合、（ ）時に酸素吸入が必要である その他の注意点等（ ）			
	【裏面あり】				

別紙 ※経管栄養の実施に必要な場合のみ作成する。

◎経管栄養に関する詳細指示事項

ふりがな
児童氏名

注入内容

	注入方法	内容・量	実施時間	注入所要時間
水分注入	<input type="checkbox"/> イルリガートル		(:)	分
	<input type="checkbox"/> シリンジ		(:)	
	<input type="checkbox"/> イルリガートル		(:)	分
	<input type="checkbox"/> シリンジ		(:)	
栄養剤注入	<input type="checkbox"/> イルリガートル		(:)	分
	<input type="checkbox"/> シリンジ		(:)	
	<input type="checkbox"/> ポンプ		(:)	
	<input type="checkbox"/> 加圧バック			
	<input type="checkbox"/> イルリガートル		(:)	分
	<input type="checkbox"/> シリンジ		(:)	
	<input type="checkbox"/> ポンプ		(:)	
	<input type="checkbox"/> 加圧バック			
	<input type="checkbox"/> イルリガートル		(:)	分
	<input type="checkbox"/> シリンジ		(:)	
	<input type="checkbox"/> ポンプ		(:)	
	<input type="checkbox"/> 加圧バック			

上記のように指示します。

年 月 日

医療機関名

担当医師名