

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	☐ 口腔内の喀痰吸引 ☐ 鼻腔内の喀痰吸引 ☐ 気管カニューレ内の喀痰吸引 ☐ 経鼻経管栄養 ☐ 胃ろうによる経管栄養 ☐ 腸ろうによる経管栄養 ☐ 酸素吸入				
具体的指示内容	□ 喀 痰 吸 引	☐ 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（ ） ☐ 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（ ） ☐ 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： ☐ 鼻腔留置チューブ サイズ（ ）Fr 、長さ：外鼻孔～胃まで（ ）cm ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう ☐ 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 ☐ 胃残量が（ ）ml未満の場合は、そのまま指示量を注入する ☐ 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（ ）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 ☐ 胃残量が（ ）ml未満の場合は、そのまま指示量を注入する ☐ 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（ ） ☐ 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（ ）			

ふりがな
児童氏名 ()

具体的指示内容	☐ 酸素吸入	☐ 経鼻カニューレ ☐ 酸素マスク ☐ 気管カニューレ ☐ その他 () 酸素流量 () ℓ/分 ☐ 常時 ☐ 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 ()
単独では実施不可だが必要な行為		☐ 気管切開部の衛生管理 ☐ 胃ろう・腸ろう部の衛生管理 ☐ 定時の薬液吸入 ☐ 日常的酸素管理
具体的指示内容	☐ 気管切開部の衛生管理	☐ 単純気管切開 ☐ 喉頭気管分離 ☐ その他 () ☐ 肉芽について (無 ・ 有) ☐ 内視鏡検査 (無 ・ 有) (所見: 最終検査 年 月) ☐ カニューレの種類 () カフ (無 ・ 有※) ※固定 () ml サイズ () Fr 内径 () mm 入口から先端までの長さ () mm *気管カニューレ事故抜去時や気管切開部・気管内出血への対応 ☐ 保育所で看護師が再挿入を行い、保護者へ連絡する ☐ 保護者へ連絡し、再挿入は保護者が行う ☐ 再挿入せず、当院に搬送する その時対応の詳細 () その他の注意点等 ()
	☐ 胃ろう・腸ろう部の衛生管理	☐ 胃ろう: 種類 () (チューブ・ボタン型) (バンパー ・ バルーンタイプ) サイズ () Fr () cm 挿入 バルーンの水の量 () ml ☐ 腸ろう: 種類 () (チューブ・ボタン型) (バンパー ・ バルーンタイプ) サイズ () Fr () cm 挿入 バルーンの水の量 () ml *胃ろうチューブ事故抜去時の対応 ☐ 保育所で看護師が抜けた胃ろうチューブ等を応急処置として再挿入し、保護者へ連絡する ☐ 保護者へ連絡し、再挿入は保護者が行う ☐ 再挿入せず、当院を受診する [☐ ろう孔部をガーゼ等で保護する ☐ 吸引カテーテル等を一時的に挿入する] その他の注意点等 () *腸ろうチューブ抜去時の対応 (腸ろうの再挿入は園ではできません) 留意点 ()
	☐ 薬液吸入	☐ 定時の薬液吸入 実施時間 (:) (:) 吸入薬内容 () を (ml 分間) 実施にあたっての注意点等 ()
	☐ 日常的酸素管理	経路: ☐ 気管切開部 ☐ 鼻カスラ ☐ マスク *パルスオキシメーターの測定 ☐ 常時 ☐ 一定の間隔 (分毎・時毎) ☐ その他 () ※酸素流量の変更の対応 SP02 () %以下の場合、酸素流量 () ℓ/分 SP02 () %以下の場合、酸素流量 () ℓ/分
緊急時の対応		【発作、誤嚥、発熱時の対応】

標記について上記のように指示します。

年 月 日

医療機関名
電話番号
診療担当科
担当医師名