

医療的ケア指示書

施設長 殿

年 月 日

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間（ 年 月 日～ 年 月 日）

保育所名			
児童名		生年月日	年 月 日生
診断名			
投与中の薬剤			

該当の指示内容に☑・数値等を記載してください。

☐☐ 気管切開 吸引 部 管 理	☐ 鼻や口からの吸引 カテーテルサイズ（ ） Fr. 吸引圧（ ） mmHg以下 鼻から挿入の長さ（ ） cm 口からの挿入の長さ（ ） cm		
	注意点		
	☐ 気管カニューレからの吸引 カテーテルサイズ（ ） Fr. 吸引圧（ ） mmHg以下 口からの挿入の長さ（ ） cm		
	注意点		
	カニューレの種類（ ） 内径（ ） mm 入り口から先端までの長さ（ ） cm		
	抜去時の対応		
	気管切開部や気管内出血時の対応など		
☐ 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（ ） cm 用手圧迫（ 可 ・ 不可 ）		
	注意点		
☐☐ インスリン 測定 注射	測定時間（ ）（ ）（ ）（ ）		
	血糖値（ ～ ） mg/dl⇒対応（ ）		
	血糖値（ ～ ） mg/dl⇒対応（ ）		
	血糖値（ ～ ） mg/dl⇒対応（ ）		
	血糖値（ ～ ） mg/dl⇒対応（ ）		
	☐ グルカゴン投与（ 筋肉注射 ・ 点鼻薬 ）		
	注意点		

該当の指示内容に☑・数値等を記載してください。

経管栄養	栄養剤注入	○時間（ ： ）（ 分）かけて注入 内容（ ） 注入量（ ） ml
		○時間（ ： ）（ 分）かけて注入 内容（ ） 注入量（ ） ml
		☐ 胃残量が（ ）ml未満⇒そのまま予定量を注入する
		☐ 胃残量が（ ）ml以上（ ）ml未満⇒（ ）
		☐ 胃残量が（ ）ml以上⇒（ ）
		☐ 胃残に異常がある（褐色・黄色・緑色）場合は（ ）
		☐ 胃残の性状に異常がある場合は（ ）
	水分注入	○時間（ ： ）（ 分）かけて注入 内容（ ） 注入量（ ） ml
		○時間（ ： ）（ 分）かけて注入 内容（ ） 注入量（ ） ml
		☐ 胃残量が（ ）ml未満⇒そのまま予定量を注入する
☐ 胃残量が（ ）ml以上（ ）ml未満⇒（ ）		
☐ 胃残量が（ ）ml以上⇒（ ）		
☐ 胃残に異常がある（褐色・黄色・緑色）場合は（ ）		
☐ 胃残の性状に異常がある場合は（ ）		
薬剤注入	○時間（ ： ）（ 分）かけて注入 内容（ ） 溶解量（ ） ml	
	○時間（ ： ）（ 分）かけて注入 内容（ ） 溶解量（ ） ml	
☐ 胃からの脱気 有 ・ 無 タイミング 注入前 ・ （ ）		
注意点		

その他の指示があれば、ご記入ください。

--

至急で受診が必要な状態はどのような場合か、ご記入をお願いします。

--

医療機関名：

醫師名：

住所：

電話番号：

本指示書に基づき、保育所等で医療的ケアを実施することに同意します。

年 月 日 保護者名：

裏