

医療的ケア指示書

標記の件について、次のとおり指示します。

実施施設名		指示期間	年	月	日から
児童氏名			年	月	日まで
生年月日	年 月 日	主たる疾患名			

※ 該当する項目に記入してください(他様式による場合は、注意事項等欄に「別紙のとおり」と記載の上添付してください)。

☐ 口腔内のたん吸引 ☐ 鼻腔内のたん吸引 ☐ 気管カニューレ内のたん吸引 ☐ 経管栄養(経鼻) ☐ 経管栄養(胃ろう) ☐ 経管栄養(腸ろう) ☐ 導尿 ☐ その他					
たん 吸 引	種別	☐ 口、鼻からの吸引 吸引カテーテルのサイズ(Fr) 吸引圧(cmH ₂ O)～(cmH ₂ O) 口からの挿入の長さ(cm) 鼻からの挿入の長さ(cm)			
		☐ 気管カニューレからの吸引(又は気管内吸引) 吸引カテーテルのサイズ(Fr) 吸引圧(cmH ₂ O)～(cmH ₂ O) カニューレ入口からの挿入の長さ(cm)			
	注意事項等				
経 管 栄 養	種別	☐ 経鼻(胃管・十二指腸管) サイズ(Fr) 挿入長さ(cm)			
		☐ 胃ろう チューブの種類() サイズ(Fr) 挿入長さ(cm) バルンの水の量(ml)			
		☐ 腸ろう チューブの種類() サイズ(Fr) 挿入長さ(cm) バルンの水の量(ml)			
	投与・脱気	☒ 栄養剤注入	☐ 水分注入	☐ 薬剤注入	☐ 胃からの脱気
	施設での実施回数	回	回	回	
	1回の注入時間	分～ 分	分～ 分	分～ 分	
	施設での実施時刻	(:) (:)	(:) (:)	(:) (:)	☐ 注入前 ☐ 注入中 ☐ 注入後(時間後) ☐ その他(:) (:)

経管栄養	内容・量	☐ 栄養剤注入	☐ 水分注入	☐ 薬剤注入	☐ 胃からの脱気
	胃残量	☐ 栄養剤注入 ☐ 胃残量が()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() ☐ 胃残量が()ml以上の時() ☐ 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 ☐ 胃残量が()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() ☐ 胃残量が()ml以上の時() ☐ 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()			
	チューブ 抜去時の対応				
注意事項等					
気管切開部の観察	気管切開の状態	☐ 単純気管切開 ☐ 喉頭気管分離 ☐ その他()			
	肉芽	☐ 有 ☐ 無 検査(☐ 定期: か月毎 ☐ 不定期:最終検査 年 月 日)			
	カニューレ	カニューレの種類() 内径(mm) 入口から先端までの長さ(cm)			
	注意事項等				
導尿	施設での実施回数	☐ 1日(回) ☐ (時間)毎 ☐ その他()			
	施設での実施時刻	(:) (:) (:)			
	カテーテル	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			
	注意事項等				
その他のケア		別紙のとおり			

※ 至急受診が必要な状態、緊急時のリスク及び対応等について記入してください(「医療的ケアに関する主治医の意見書」(様式第4号)の記載内容と同一の場合は省略可)。

☐ 意見書の記載内容と同一のため省略
☐ 意見書の記載内容から変更等あり

※ 次の項目について確認の上、チェックを入れてください。

☐ 実施施設の担当看護師等が上記の医療的ケアを実施することに同意します。
☐ 実施施設における医療的ケアを安全に実施するために、施設長、担当看護師等から医療的ケアに係る相談等を受けることに同意します。
☐ 医療的ケアの実施に係る指導助言等(実技研修の修了確認、医療的ケア実施計画書兼医療的ケア実施個別マニュアルの内容確認等)を受けるため、保護者の承諾を得た上で、担当看護師等が主治医医療機関での受診に同行することに同意します。

記入日 :	年	月	日
医療機関住所:			
医療機関名:			
電話番号:			
医師氏名:			