

# 医療的ケア指示書

標記の件について、下記のとおり指示いたします。 指示期間( 年 月 日～ 年 月 日)

保育施設名				
児童氏名	生年月日	年	月	日 歳
主たる診断名				

※該当の指示内容に☑(チェック)・数値等を記入してください。

<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"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻胃管) <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他( )	
☐ 口腔内、鼻腔内からの吸引	<input type="checkbox"/> 口腔内、鼻腔内からの吸引 吸引カテーテルのサイズ( )Fr. 吸引圧( )cmH <sub>2</sub> O 以下 鼻腔からの挿入の長さ( )cm    口腔からの挿入の長さ( )cm 注意点など [ ]
☐ 気管カニューレからの吸引(または気管内吸引)	<input type="checkbox"/> 気管カニューレからの吸引(または気管内吸引) 吸引カテーテルのサイズ( )Fr. 吸引圧( )cmH <sub>2</sub> O 以下 カニューレ入り口からの挿入の長さ( )cm 注意点など [ ]
☐ 気管切開部の観察	1 気管切開の状態 <input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他( )  2 肉芽について <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 3 カニューレについて 種類( )内径( )mm    入口から先端までの長さ( )cm カフ圧( )    カフ圧確認のタイミング( ) 交換頻度( ) 4 カニューレ抜去時や、気管切開部・気管内出血への対応、その他注意事項など
☐ 導尿	1 回数・時間 ・1日( )回実施    ・( )時間毎実施 ・園内で実施する時間( : )( : )( : )( : )  2 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)  3 注意点など

	<p>種類</p> <p><input type="checkbox"/> 鼻腔留置チューブ 種類 ( ) サイズ( )Fr. 挿入長さ ( ) cm  チューブの交換頻度 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 胃瘻 種類 ( ) サイズ( )Fr. 挿入長さ ( ) cm  バルン固定水の量 ( ) ml バルン固定水の確認のタイミング ( )  胃瘻の交換頻度 ( )</p>
<input type="checkbox"/> 経管栄養	<p><input type="checkbox"/> 栄養剤注入</p> <p>栄養剤 実施時間 ( : ) ( : )</p> <p>内容・量 ( ) 注入時間 ( 分～ 分)</p> <p><input type="checkbox"/> 胃残量が ( ) 未満の時は そのまま予定量を注入する</p> <p><input type="checkbox"/> 胃残量が ( ) ml 以上 ( ) ml 未満の時 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 胃残量が ( ) ml 以上の時 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある (褐色・黄色・緑色) 場合は ( )</p> <p><input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 水分注入 実施時間 ( : ) ( : )</p> <p>内容 ( ) 1 回量 ( ) 注入速度 ( 分～ 分)</p> <p><input type="checkbox"/> 胃残量が ( ) 未満の時は そのまま予定量を注入する</p> <p><input type="checkbox"/> 胃残量が ( ) ml 以上 ( ) ml 未満の時 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 胃残量が ( ) ml 以上の時 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある (褐色・黄色・緑色) 場合は ( )</p> <p><input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 薬剤注入 実施時間 ( : ) ( : )</p> <p>注意点など [ ]</p> <p><input type="checkbox"/> 胃からの脱気</p> <p>脱気のタイミング <input type="checkbox"/> 注入前 <input type="checkbox"/> 注入中 <input type="checkbox"/> 注入後 <input type="checkbox"/> その他 ( : ) ( : )</p> <p>注意点など [ ]</p>
<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 緊急時の対応	

年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_ 医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_