医療的ケア指示書

※保護者→主治医→保護者→保育施設（原本）・伊万里市（写）

【様式８】

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)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  | 生年月日　　　　　年　　月　　日　　　歳 |
| 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。

|  |
| --- |
| □口腔内の喀痰吸引　　　□鼻腔内の喀痰吸引　　　　□気管カニューレ内部の喀痰吸引□経管栄養(経鼻胃管)　　□胃ろうによる経管栄養　　□腸ろうによる経管栄養　　□その他(　　　　　　　　　　) |
| □喀痰吸引 | □鼻、口からの吸引　　吸引カテーテルのサイズ(　　　　)Fr.　吸引圧(　　　　)cmH2O以下　　鼻からの挿入の長さ(　　　　)cm　口からの挿入の長さ(　　　　)cm　　注意点など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕　　※持続吸引について　吸引カテーテルのサイズ（　　　　）Fr. 　吸引圧(　　　　)cmH2O　部位（鼻・口）　　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）　　吸引カテーテルのサイズ(　　　　)Fr.　吸引圧(　　　　)cmH2O以下　　カニューレ入り口からの挿入の長さ（　　　　）cm　　注意点など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □経管栄養 | 種類　　□　鼻腔留置チューブ　サイズ(　　 　)Fr.　 挿入長さ（　　 ）cm　　□胃ろう　□腸ろう |
| □栄養剤注入　　栄養剤　実施時間（　 　:　 　）（　　 :　 　）内容・量（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）注入時間（　 　分～　　 分）□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　実施時間（　 　:　 　）（　 　:　 　）　　内容（　　　　　　　）　1回量（　　　　　　　）　注入速度（　　分～　　分）□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　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□薬剤注入　実施時間（　 　:　 　）（　 　:　 　）　注意点など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕□胃からの脱気　　脱気のタイミング　　・注入前　・注入中　・注入後　・その他（　 　:　 　）（ 　　:　 　）　　注意点など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |

【様式８】

※該当の指示内容に☑(チェック)・数値等を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| □気管切開部の観察 | □単純気管切開　□喉頭気管分離　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　)　□肉芽について　有　・　無　・検査(　 　ヶ月毎)　・　不定期(最終検査　 　年　 　月)　　カニューレの種類(　　　 　)内径(　　　 　)mm　　入口から先端までの長さ(　　　 )cm　　カニューレ抜去時や、気管切開部・気管内出血への対応など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □胃ろう・腸ろう部の観察 | 　①チューブの種類(　　　　　　　)　サイズ(　　　)Fr.　(　　　)cm　挿入　　　　バルンの水の量(　　　)ml　Ｙガーゼ　有　・　無　②チューブの種類(　　　　　　　)　サイズ(　　　)Fr.　(　　　)cm　挿入　　　　バルンの水の量(　　　)ml　Ｙガーゼ　有　・　無　　チューブ抜去時の対応など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □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）　注意点など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □定時の薬液吸入 | 吸入時間（　　　:　　　）（　　　:　　　）　吸入薬内容／量（　　　　　　／　　　　）　（　　　　　　／　　　　）（　　　　　　／　　　　）　（　　　　　　／　　　　）　注意点など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □酸素管理 | 酸素流量(　　　　)Ｌ／分　　SPO2(　　　　)％以下の場合〔　　　　　　　　　　　　　　　〕　注意点など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □人工呼吸器のチェック | 本人の状態及び呼吸器の作動状況においての注意点〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕起こりやすいトラブルと対処方法（詳しく記入してください。）〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕* 設　　定　　　　　　　　　　　　　　　　　□　使用メーカー
* SPO2値　　　　　　　　　　以下で使用　 　□　SPO2値　　　　　　　　　　を維持すること
 |
| □血糖値測定等 | 　測定時間（　　　:　　　）（　　　:　　　）* 食事摂取量（　　　　　）以下の場合、食後（　　　）時間でBSを測定する。
* BS値（　　　　　　）で糖補給（糖補給の方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| □その他　別紙あり |

【様式８】

|  |
| --- |
| 医療的ケア等に関する具体的な指示および注意事項（例：時間・回数・注入量等） |
|  |
| 予想される緊急時の状態及び対応 |
|  |
| 予想されない事態が起こる可能性の有無について |
| 予想されない事態の例：心停止、呼吸停止、指示通りのことを行っていても急変すること　など。 |

（あて先）伊万里市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　印

医療機関

の所在地：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：