# （様式３　医療的ケア実施に関する指示書）

医療的ケア指示書

（保育施設名）　　　　　　　　　　　　　　　様

令和　　　年　　　月　　　日

　貴施設における対象児童への医療的ケアの実施について、次のとおり指示します。

指示期間：　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日（１年以内）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象児童氏名 |  | 生年月日　　　年　　月　　日　　歳 |
| 主たる疾患名 |  |
| アレルギー |  |
| 禁忌薬 |  |
| ※該当の指示内容に✓（チェック）・数値等を記入してください。 |
| 実施行為の種類 | □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 |
| 具体的指示内容 | □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（　　　）kPa程度まで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（　　）kPa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.カニューレ入口からの挿入の長さ（ 　 ）cm吸引圧　カニューレ内（　　　）kPa程度まで注意点など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕□経鼻エアウェイからの吸引　吸引カテーテルのサイズ（ ）Fr.吸引圧（　　　）kPa程度まで　エアウェイからの吸引カテーテル挿入長さ（　　　）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 |
| □栄養剤注入実施時間（　　：　　）　（　　：　　）内容（　　　　　　）1回量（　　　）ml　注入時間（　　）分程度□胃残量が（　　　）ml未満のときは　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以上のとき（　　）□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（　　）分程度□胃残量が（　　　）ml未満のときは　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以上のとき（　　）□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　（　　：　　）　（　　：　　） |
| 実施行為の種類 | □気管切開部の衛生管理　□胃ろう・腸ろう部の衛生管理□経鼻エアウェイの管理　□導尿　□薬液吸入□日常的酸素管理　□呼吸補助装置の管理□人工呼吸器の作動状況の確認及び緊急時の連絡等□血糖値測定とその後の処理 |
| 具体的指示内容 | □気管切開部の衛生管理 | □単純気管切開　□咽頭気管分離　□その他（　　　　）□肉芽について □ 有 □ 無□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・腸ろう部の衛生管理 | ➀ボタン・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➀ボタン・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〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □経鼻エアウェイ | □挿入・抜去 | 挿入長さ（　　　）cmエアウェイの種類（　　　　）内径（　　）mm注意点など〔　　　　　　　　　　　〕 |
| □管理 | 注意点など〔　　　　　　　　　　　〕 |
| □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 ）その場合の圧迫の強さの程度　□ 強 □ 中 □ 弱注意点など〔 〕 |
| □定時の薬液吸入 | 実施時間（　　：　　）（　　：　　）吸入薬内容／量　（　　）を（　　）ml 　　（　　）を（　　）ml注意点など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □日常的酸素管理 | 経路 □気管切開部 □鼻カヌラ □マスク酸素流量（　　　）L／分　SPO2（　　）%以下の場合（　　　）L/分SPO2（　　）%以下の場合（　　　）L/分注意点など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □呼吸補助装置の管理□人工呼吸器の作動状況の確認及び緊急時の連絡等 | 自発呼吸（□ 有 □ 無）普段の装着時間 □24時間 □定時（　　：　　）～（　　：　　） |
| 使用機種 |  | 呼気圧 | cmH20 |
| 換気様式 | □従量式□従圧式 | PEEP | cmH20 |
| 呼吸モード | □CPAP □IMV □SIMV □ASSIST□BiPAP（□Sモード □S/Tモード □Tモード）□その他（　　　　　　　） |
| トリガー感度 | cmH20・（　 　　） | 最高気道内圧 | cmH20 |
| O2流量・FiO2 | L/分　　　％ | 最低気道内圧 | cmH20 |
| 吸気流量 | L/分 | 最大分時換気量 | L/分 |
| 吸気時間 | 　　　　秒 | 最小分時換気量 | L/分 |
| 吸気呼気比 | ： | 吸気圧低下アラーム | cmH20 |
| 呼吸回数 | 回/分 | 酸素併用 | □有（　　　　　L/分）　□無 |
| 吸気圧 | cmH20hPa | 加温・加湿器 | □有（　 　　　　 ℃）（　　　　　　ダイアル）□無 |
| 1回換気量 | ml | オート機能 □有 　　□無 |
| 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〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □血糖値測定等 | 測定時間（　　：　　）　（　　：　　）対処方法　詳細は別添にて指示 |
| * 別紙あり
 |

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　医師名

※本指示書の内容について確認するときの連絡方法について御指示ください。

|  |
| --- |
| □医師に直接　　　　　　　　　　　　　　□担当者（　　　　　　　　　　　　　　　　　様）経由 |
| □電話 | 　　　　　－　　　　　－ |
| □FAX | 　　　　　－　　　　　－ |
| □e-mail | 　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |