

医療的ケア実施計画書

設置者名	
施設名	
代表者名	

乳児等通園支援事業所における対象児童に対する医療的ケアについて、次のとおり実施します。

児童氏名		生年月日	年 月 日生(満 歳 か月)
作成者	(職名)	(氏名)	
実施担当者	(職名)	(氏名)	
必要な 医療的ケア	<input type="checkbox"/> 口腔内・鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 導尿(看護師による導尿) <input type="checkbox"/> インスリン注射(看護師による注射) <input type="checkbox"/> 服薬管理(吸入に使用する薬剤等) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開部の管理 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の管理 <input type="checkbox"/> その他(内容:)		
医療的ケアの内容	実施手順	準備物・留意点	

予想される緊急時の対応	
予想される緊急時の状態	対応