

医療的ケア指示書

(乳児等通園支援事業者) _____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：令和 _____年 _____月 _____日 ~ 令和 _____年 _____月 _____日 (1年以内)

対象児童氏名			生年月日	令和 _____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	<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"/> 胃ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養				
具体的指示内容	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 鼻、 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/>) 挿入の長さ() cm 注意点など〔 _____ 〕 <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. 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〔 _____ 〕 <input type="checkbox"/> 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〔 _____ 〕			
	<input type="checkbox"/> 経管栄養	種類 <input type="checkbox"/> 鼻腔留置チューブ サイズ() Fr. 挿入長さ() cm <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 栄養剤注入 実施時間(:) (:) 内容() 1回量() ml 注入時間()分程度 <input type="checkbox"/> 胃残量が() ml 未満のときは そのまま予定量を注入する <input type="checkbox"/> 胃残量が() ml 以上() ml 未満の時() <input type="checkbox"/> 胃残量が() ml 以上のとき() <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある(褐色・黄色・緑色)場合は() <input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 () <input type="checkbox"/> 水分注入 実施時間(:) (:) 内容() 1回量() ml 注入時間()分程度			

	<input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）ml未満のときは そのまま予定量を注入する <input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）ml以上（ ）ml未満の時（ ） <input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）ml以上のとき（ ） <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）場合は（ ） <input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 （ ） <input type="checkbox"/> 薬剤注入 実施時間（ ）：（ ） 注意点など〔 ） <input type="checkbox"/> 胃からの脱気 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（ ）：（ ）（ ）：（ ）
実施行為の種類	<input type="checkbox"/> 気管切開部の衛生管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう部の衛生管理 <input type="checkbox"/> 経鼻エアウェイの管理 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 薬液吸入 <input type="checkbox"/> 日常的酸素管理 <input type="checkbox"/> 呼吸補助装置の管理 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の作動状況の確認及び緊急時の連絡等 <input type="checkbox"/> 血糖値測定とその後の処理
具体的指示内容	<input type="checkbox"/> 衛気生管管切開部の <input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 咽頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 肉芽について <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> カニューレの種類（ ）内径（ ）mm <input type="checkbox"/> 入口から先端までの長さ（ ）cm <input type="checkbox"/> 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 〔 ）
	<input type="checkbox"/> 部胃のろ衛う生・管腸理ろう ①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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ②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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 チューブ抜去時の対応など〔 ）
	<input type="checkbox"/> 経鼻エアウェイ <input type="checkbox"/> 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〔 ）
	<input type="checkbox"/> 管理 注意点など〔 ）
	<input type="checkbox"/> 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（ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可） その場合の圧迫の強さの程度 <input type="checkbox"/> 強 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 弱 注意点など〔 ）
<input type="checkbox"/> 薬定液時吸入 実施時間（ ）：（ ）（ ）：（ ） 吸入薬内容／量（ ）を（ ）ml（ ）を（ ）ml 注意点など〔 ）	

<input type="checkbox"/> 酸素常管的理	経路 <input type="checkbox"/> 気管切開部 <input type="checkbox"/> 鼻カヌー <input type="checkbox"/> 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 []			
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器装置の動作の動管状況の確認及び緊急時の連絡等	自発呼吸 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 普段の装着時間 <input type="checkbox"/> 24 時間 <input type="checkbox"/> 定時 (:) ~ (:)		
使用機種			呼気圧	cmH2O
換気様式		<input type="checkbox"/> 従量式 <input type="checkbox"/> 従圧式	PEEP	cmH2O
呼吸モード		<input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> IMV <input type="checkbox"/> SIMV <input type="checkbox"/> ASSIST <input type="checkbox"/> BiPAP (<input type="checkbox"/> S モード <input type="checkbox"/> S/T モード <input type="checkbox"/> T モード) <input type="checkbox"/> その他 ()		
トリガー感度		cmH2O ()	最高気道内圧	cmH2O
O2 流量・ FiO2		L/分 %	最低気道内圧	cmH2O
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	cmH2O
呼吸回数		回/分	酸素併用	<input type="checkbox"/> 有 (L/分) <input type="checkbox"/> 無
吸気圧		cmH2O hPa	加温・加湿器	<input type="checkbox"/> 有 (°C) (ダイアル) <input type="checkbox"/> 無
1 回換気量		ml		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 オート機能
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 []				
<input type="checkbox"/> 測血 定糖 等値	測定時間 (:) (:) 対処方法 詳細は別添にて指示			
	<input checked="" type="checkbox"/> 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。

<input type="checkbox"/> 医師に直接	<input type="checkbox"/> 担当者 (_____ 様) 経由
<input type="checkbox"/> 電話	— —
<input type="checkbox"/> FAX	— —
<input type="checkbox"/> e-mail	@ _____