**医療的ケア指示書**

重心型児童発達支援・放課後等デイサービス　きらきらぼし　宛

医療的ケアについて、下記のとおり指示いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな児童氏名 |  | 生年月日 | H・R　　　年　　　月　　　日生 |
| 診断名 |  |

　※該当の指示内容に☑（チェック）し、（　　）内等に数値等の記入をお願いします。

|  |
| --- |
| □ 経管栄養（経鼻）　　□ 経管栄養（胃ろう）　　□ 口腔内の吸引　　□ 鼻腔内の吸引　□ 気管カニューレ内部の吸引　　□ 酸素吸入　　　□ 吸入　　　　　　□ その他 |
| 経 管 栄 養 | □ 鼻腔留置チューブ　　サイズ（　　　）Fr. 　挿入長さ（　　　）cm□ 胃ろう　種類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　サイズ（　　　　）Fr.　シャフト長（　　　　）cm　バルンの水の量（　　　　）ml＜注入時間・内容・量・速度等＞　＜注意事項：注入時の体勢、胃残、チューブ抜去時の対応など＞ |
| 吸引・吸入 | * 鼻腔、口腔からの吸引

吸引カテーテルのサイズ（　　　　　）Fr.　吸引圧（　　　　）kPa　　鼻からの挿入の長さ（　　　　）cm　口からの挿入の長さ（　　　　）cm* 気管カニューレからの吸引

吸引カテーテルのサイズ（　　　　）Fr.　　　吸引圧（　　　　）kPa　　カニューレ入り口からの挿入長さ（　　　　）cm* 吸入薬剤　（　　　 ㎖　 ㎖ ㎖ ）
* 吸入時間　（ 時　　　　　　　　　時　　　　　　　　時　）

＜注意事項等＞ |
| 酸素吸入 | 酸素量：毎分（　　　　　）リットルの酸素を投与する□ 酸素濃縮器　　　　　□ 酸素ボンベ 酸素投与を必要とする時間□ 常時　　　　 　　　□ 必要時（　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　）＜注意事項等＞　 |
| てんかん発作 | ＜発作等の必要な緊急時対応など＞ |
| その他 | ＜生活上の注意及び配慮事項：緊急時対応など＞ |

記入日　　　　　　　　　年　　月　　日

医療機関

住　　所

電話番号

医師名