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　（　　mℓ　　mℓ　　mℓ　） □ 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＞
発作 てんかん	＜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