医療的ケア指示書

第６号様式

(内定通知後)

医療的ケアについて、下記のとおり指示します。　　　　　指示期間（　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　　日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保育施設名 | |  | |
| 対象者 | 氏　名 |  | 生年月日　　　年　　月　　日(　　歳） |
| 主たる疾患名 |  | |

※該当の指示内容に☑（チェック）・数値等を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療的ケアの項目 | | | □　気管カニューレ内部の喀痰吸引  □　口腔内の喀痰吸引　　　□　鼻腔内の喀痰吸引  □　経管栄養（経鼻胃管）　□　胃ろうによる経管栄養 | |
| 具体的指示内容 | □喀痰吸引 | □　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.　吸引圧（　　　　）kPa以下  □　口腔、鼻腔からの吸引  吸引カテーテルのサイズ（　　　　）Fr.　吸引圧（　　　　）kPa以下  □　看護師実施の場合　鼻からの挿入の長さ（　　　　）㎝　口からの挿入の長さ（　　　　）㎝  □　保育士実施の場合　鼻からの挿入の長さ（　　　　）㎝　口からの挿入の長さ（　　　　）㎝  ※注意点など（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| □経管栄養 | 種類　□　経鼻胃管留置カテーテル　サイズ（　　　　）Fr.挿入の長さ（　　　　）㎝  □胃ろう　カテーテルの種類（　　　　　　　）  　　　　　サイズ（　　　　）Fr.　（　　　　）㎝挿入　バルンの水の量（　　　　）㎝  □腸ろう　カテーテルの種類（　　　　　　　）  　　　　　サイズ（　　　　）Fr.　（　　　　）㎝挿入　バルンの水の量（　　　　）㎝ | | |
| □栄養剤注入  栄養剤　実施時間（　　：　　）（　　：　　）  内容・量（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　注入時間（　　　分～　　　分）  □胃残量が（　　　）未満の時はそのまま予定量を注入する  □胃残量が（　　　）㎖以上　（　　　）未満の時（　　　　　）□胃残量が（　　）㎖以上（　　　　　）  □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　　実施期間（　　：　　）（　　：　　）  内容（　　　　　）１回量（　　　　）　注入速度（　　分～　　分）　ショット可　不可  □胃残量が（　　　　）未満の時はそのまま予定量を注入する  □胃残量が（　　　　）㎖以上（　　　　）㎖未満の時（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □胃残量が（　　　　）㎖以上の時（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □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・注入後・その他（　　：　　）（　　：　　）  ※注意点など（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| □特別栄養食(経口) | ・形状　□ペースト食　□きざみ食　□幼児食　□その他（　　　　　　　　　　）  ・禁止食　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　□なし  ・嚥下機能検査実施　□している（　　　年　　月　　日実施済　　結果の添付　　　有・無　）  　　　　　　　　　　□していない  ・食事に関する注意点　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　□なし  ・栄養剤の注入　□併用する（栄養剤の内容は”経管栄養”参照）　□併用しない | | |
| □その他 |  | |
| 緊急時の対応 | 至急受診が必要と考えられる症状  ・胃ろう抜去時の対応（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・気管切開カニューレ抜去時の対応（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・必要とする特別な配慮と禁忌事項がありましたら、ご記入ください  至急受診が必要な場合の連絡先  医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  電話番号 | |

記入日　　　　　年　　月　　日

医療機関名

住所

電話番号

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印