

医療的ケア指示書

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（ ）cm 口からの挿入の長さ（ ）cm ☐ 保育士実施の場合 鼻からの挿入の長さ（ ）cm 口からの挿入の長さ（ ）cm ※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（ ）cm ☐ 胃ろう カテーテルの種類（ ） サイズ（ ）Fr. （ ）cm挿入 バルンの水の量（ ）cm ☐ 腸ろう カテーテルの種類（ ） サイズ（ ）Fr. （ ）cm挿入 バルンの水の量（ ）cm ☐ 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（ ）mℓ以上（ ）未満の時（ ） ☐ 胃残量が（ ）mℓ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（ ）mℓ以上（ ）mℓ未満の時（ ） ☐ 胃残量が（ ）mℓ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

