* 保護者→主治医→保護者→幼保運営課

(様式５－表）

　宛

　　年　　月　　日

**医療的ケア実施に関する指示書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 住 所 |  |
| 医師氏名 |  | 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 男　女 | 年齢 | 歳 | 生年  月日 | 年　 月 　日 |
| 医療的ケア  の内容 | 実施方法 | 指示内容及び配慮事項 | | | | | |
| 経管栄養 | □ 有 　□無 | 種類 □鼻腔　　□ 胃ろう　　□ 腸ろう  製品名 ( )  注入内容 ( )  注入量・回数 ( )  ｶﾃｰﾃﾙｻｲｽﾞ(Fr) ( ) | | | | | |
| 酸素吸入 | □ 有 　□無 | 流量（　　　　ﾘｯﾄﾙ/分）　□ 経鼻　　□ 気管内 | | | | | |
| 吸　引 | □ 有 　□無 | 回数　　　　　　　　回/日  部位　　　　　　　□ 口腔内　　□ 鼻腔内　　□ 気管内  ｶﾃｰﾃﾙｻｲｽﾞ(Fr)　　 □　８　　 　□　１０　 □　１２ | | | | | |
| 気管切開 | □ 有 　□無 | カニューレ製品名（ ）  交換頻度　１回/ | | | | | |
| 導　尿 | □ 有 　□無 | ｶﾃｰﾃﾙ製品名　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ｶﾃｰﾃﾙｻｲｽﾞ(Fr)　（　　　　　）  回　数　　　　　　約　　　　回/日 | | | | | |

　　　（裏面へ続く）

(様式５－裏）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療的ケア  の内容 | 実施方法 | 指示内容及び配慮事項 |
| 血糖測定 | □ 有 　□無 | 時　間（ 時　・ 時 ） |
| インスリン  投　与 | □ 有 　□無 | 薬剤名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  1回量　　　　　　単位/回　　□ 食前　　□ 食後  持続投与（メーカー名：　　　　　　　　　　　　　）  薬剤名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 与　薬 | □ 有 　□無 | □ 内服薬　　□ 注射薬　　□ 座薬　　□ 外用薬  薬剤名　 (　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　）  1回量　（　　　　　　　　）　時　間　（　　　　　　　） |
| その他の  医療的ケア |  | |
| 緊急時の  対応 | [発作、誤嚥、発熱時等に係る対応] | |
| 就学前教育・保育施設での生活上の注意及び配慮事項並びに活動の制限等 | [感染症流行時に係る対応等] | |