**様式３**

**医療的ケア指示書**

医療的ケアについて、下記のとおり指示いたします。

指示期間（令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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　　　□ 導尿　　　□ 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＞ |
| * 痰 吸 引
 | * 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　　　　　　　　　　　　　＜注意事項等＞ |
| □　気管切開部の管理 | カニューレの種類（　　　　　　　　　 　）　　内径（　　　　）mm　カニューレ入口から先端までの長さ（　　　　　）cm□ 汚染時のガーゼ交換□ 人工鼻の交換＜注意事項：カニューレ抜去時、閉塞時、出血時の対応等＞ |
| * 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＞　 |
| * 導　尿
 | 導尿：１日（　　　　　　）回実施・（　　　　　）時間毎実施園内で実施する時間（　　　：　　　）（　　　：　　　）（　　　：　　　）カテーテルの種類（　　　　　　　）　サイズ（　　　　）Fr.尿道に挿入する長さ（　　　　　　　）cm　　用手圧迫　□可　　□不可＜注意事項等＞ |
| * その他のケア
 |  |
| ＜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　　　　　　　　　　　　　　　　印