**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