

主治医指示書・承諾書

■基本事項

| | | | | | |
|------------------------|------------------|----|-----|----------|-------|
| 園児氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 診 断 名 | | | | アレルギーの有無 | 有・無 |
| | | | | 感染症の有無 | 有・無 |
| 状態・症状等 | アレルギー及び感染症の内容と注意 | | | | |
| 受診状況 | | | | | |
| 投与中の薬剤及び 注意事項(副作用等) | | | | | |

■指示事項 期間(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 吸引 | <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内 <input type="checkbox"/> その他() |
| <input type="checkbox"/> 気管切開ケア | 気管カニューレ(サイズ 、種類) |
| <input type="checkbox"/> 酸素吸入 | <input type="checkbox"/> 常時同じ条件での酸素吸入 <input type="checkbox"/> 体調の変化による酸素吸入 <input type="checkbox"/> 鼻カニューラ <input type="checkbox"/> 酸素マスク 【実施の目安と酸素流量】 |
| <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器管理 |
| <input type="checkbox"/> 噴霧吸入 | <input type="checkbox"/> 常時同じ条件での吸入 <input type="checkbox"/> 体調の変化による吸入 【実施の目安、薬剤名、量】 |
| <input type="checkbox"/> 経管栄養 | <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻:チューブサイズ(fr, 固定) cm) <input type="checkbox"/> 腸ろう() 【時刻と注入内容】 |
| <input type="checkbox"/> 導尿 | <input type="checkbox"/> 導尿 実施時刻() <input type="checkbox"/> その他() |
| <input type="checkbox"/> てんかん発作時の 対応 | 発作の状態(けいれん等の発作の有無元) 発作時の対応・指示内容 発作時の座薬の使用(座薬名) 【実施の目安・量】 |
| <input type="checkbox"/> 保育園での与薬 | 【薬剤名、量、与薬時刻、与薬方法】別紙にて処方箋添付 |
| <input type="checkbox"/> 保育園での生活上 の注意及び配慮事項 | 【保育の制限】 <input type="checkbox"/> 制限なし:同年齢児と同じ強度・速度の生活および運動が可能 <input type="checkbox"/> 制限なし:本児のペースで、発達に応じた生活および運動が可能 <input type="checkbox"/> 制限あり |
| | 【保育上の配慮】 <input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> 部分的に必要とする <input type="checkbox"/> 常に必要とする |
| <input type="checkbox"/> 保育上必要とする 特別な配慮の内容 | |
| <input type="checkbox"/> 追加項目 | |
| 緊急時の連絡先 不在時の対応法 | |

この指示書に基づき、保育所責任者が配置する看護師資格(看護師・准看護師)を有する者が、
該当行為を行うことについて承諾いたします。

令和 年 月 日 保育園 _____ 園長様

医療機関名 _____ 所在地 _____

電 話 _____ 担当医師署名 _____