

医療的ケア主治医指示書

児氏名		性別		生年月日	年 月 日
診断名					

【指示期間】 年 月 日 ~ 年 月 日

医療的ケアの内容	実施の有無	具体的な指示内容と留意事項	
経管栄養	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 経鼻 チューブ (サイズ: Fr) (挿入長さ: cm)	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
		注入内容 () 時間 (時 時 時 時) 量 () ml/回 ・ 1回の所要時間 (分程度) 【留意点】 チューブ抜去時の対応、胃残があった場合の対応等	
吸引	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 チューブ (サイズ : Fr) (挿入の長さ : cm) 吸引圧 () kPa以下	<input type="checkbox"/> 気管内 気管カニューレ (サイズ :) (種類 :) チューブ (サイズ : Fr) (挿入の長さ : cm) 吸引圧 () kPa以下
		【留意点】 カニューレ抜去時の対応等	
人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類 () 設定 () 装着時間 () 【留意点】	
酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	酸素流量 () l/分 (常時) 酸素吸入時の目標SpO2値 (%) 【留意点】 SpO2値低下時の対応等 () %以下で酸素流量 () l/分へ増量	
導尿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	時間 (時 時 時 時) カテーテル (サイズ: Fr) (種類:) 【留意点】	

(裏面に続く)

医療的ケアの内容	実施の有無	具体的な指示内容と留意事項
人工肛門	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ストーマ装具が外れた場合（ 看護師 ・ 保護者 ）が交換 【留意点】
血糖管理 インスリン投与	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	血糖値測定的时间・方法（ ） インスリン投与をする時間・種類・量・方法 （ ） 低血糖（ ）mg/dℓ以下の場合（ ） 高血糖（ ）mg/dℓ以上の場合（ ） 【留意点】
てんかん発作時 の対応	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	発作時の状態（ ） 発作時の対応（ ） 発作時の薬剤の使用（薬剤名： ） 薬剤の使用の目安 ・ 量（ ） 【留意点】
保育上必要とする 特別な配慮の 内容	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	緊急時の対応、発熱時等

緊急時の 連絡先		(平日) (夜間・休日)
-------------	---	-----------------

保育所等責任者が配置する担当看護師等が、この指示書に基づいて該当行為を行うことを指示します。

施設名 _____

施設長名 _____ 様

年 月 日 医療機関名

住所

電話

医師署名