医療的ケア指示書

標記の件について、下記のとおり指示いたします。指示期間(平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保育園　／　幼稚園 | | |
| 氏名 |  | 生年月日　平成　　年　　月　　日　　　歳 |
| 主たる疾患名 |  |  |

※該当の指示内容に☑(チェック)・数値等を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| □口腔内の喀痰吸引　　　□鼻腔内の喀痰吸引　　　　□気管カニューレ内部の喀痰吸引  □経管栄養(経鼻胃管)　　□胃ろうによる経管栄養　　□腸ろうによる経管栄養　　□その他(　　　　　　　　　　) | |
| □喀痰吸引 | □鼻、口からの吸引  　　吸引カテーテルのサイズ(　　　　)Fr.　吸引圧(　　　　)cmH2O以下  　　鼻からの挿入の長さ(　　　　)cm　口からの挿入の長さ(　　　　)cm  　　注意点など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕    ※持続吸引について　吸引カテーテルのサイズ（　　　　）Fr. 　吸引圧(　　　　)cmH2O  　部位（鼻・口）　　挿入の長さ（　　　　）cm　　注意点など〔 　　　　 〕  □気管カニューレからの吸引（または気管内吸引）  　　吸引カテーテルのサイズ(　　　　)Fr.　吸引圧(　　　　)cmH2O以下  カニューレ入り口からの挿入の長さ（　　　　）cm  　　注意点など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □経管栄養 | 種類　　□　鼻腔留置チューブ　サイズ(　　 　)Fr.　 挿入長さ（　　 ）cm　　□胃ろう　□腸ろう |
| □栄養剤注入  　　栄養剤　実施時間（　 　:　 　）（　　 :　 　）  内容・量（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）注入時間（　 　分～　　 分）  □胃残量が（ 　　）未満の時は　そのまま予定量を注入する  □胃残量が（　 　）ml以上（　 　）ml未満の時（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □胃残量が（　 　）ml以上の時（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  □胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）場合は（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他、胃残の性状に異常がある場合の対応  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □水分注入　実施時間（　 　:　 　）（　 　:　 　）  　　内容（　　　　　　　）　1回量（　　　　　　　）　注入速度（　　分～　　分）  □胃残量が（　 　）未満の時は　そのまま予定量を注入する  □胃残量が（　 　）ml以上（　　）ml未満の時（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □胃残量が（　 　）ml以上の時（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  □胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）場合は（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他、胃残の性状に異常がある場合の対応  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □薬剤注入　実施時間（　 　:　 　）（　 　:　 　）　注意点など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  □胃からの脱気  　　脱気のタイミング　　・注入前　・注入中　・注入後　・その他（　 　:　 　）（ 　　:　 　）  　　注意点など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |

※該当の指示内容に☑(チェック)・数値等を記入してください。　　氏名(　　　　　　　　　　　　　　　)

|  |  |
| --- | --- |
| □気管切開部  の観察 | □単純気管切開　□喉頭気管分離　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　)  　□肉芽について　有　・　無　・検査(　 　ヶ月毎)　・　不定期(最終検査　 　年　 　月)  　　カニューレの種類(　　　 　)内径(　　　 　)mm　　入口から先端までの長さ(　　　 )cm  　　カニューレ抜去時や、気管切開部・気管内出血への対応など  〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □胃ろう・腸ろう部の観察 | ①チューブの種類(　　　　　　　)　サイズ(　　　)Fr.　(　　　)cm　挿入  　　　　バルンの水の量(　　　)ml　Ｙガーゼ　有　・　無  　②チューブの種類(　　　　　　　)　サイズ(　　　)Fr.　(　　　)cm　挿入  　　　　バルンの水の量(　　　)ml　Ｙガーゼ　有　・　無  　　チューブ抜去時の対応など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □導尿 | 実施時間（　　　:　　　）（　　　:　　　）（　　　:　　　）（　　　:　　　）（　　　:　　　）  　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）  　注意点など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □定時の薬液吸入 | 吸入時間（　　　:　　　）（　　　:　　　）  　吸入薬内容／量（　　　　　　／　　　　）　（　　　　　　／　　　　）  （　　　　　　／　　　　）　（　　　　　　／　　　　）  　注意点など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □酸素管理 | 酸素流量(　　　　)Ｌ／分　　SPO2(　　　　)％以下の場合〔　　　　　　　　　　　　　　　〕  　注意点など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □人工呼吸器のチェック | 本人の状態及び呼吸器の作動状況においての注意点  〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  起こりやすいトラブルと対処方法  〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  条件は別紙参照してください |
| □血糖値測定等 | 測定時間（　　　:　　　）（　　　:　　　）  　対処方法　詳細は別紙に記載のこと |
| □その他　別紙あり | |

　　　　　　　　　　　　　　　　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話