様式第５号（第８条関係）　　＜主治医→保護者→市＞

医療的ケア指示書

医療的ケアについて、下記のとおり指示します。

指示期間（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

対象者	園児名	
	主たる疾患名	

※該当の指示内容に ☑ 、数値等を記入してください。

医療的ケアの項目		☐ 導尿（ ☐ 一部介助　☐ 完全介助 ） ☐ 経管栄養（ ☐ 経鼻経管　☐ 胃ろう　☐ 腸ろう ） ☐ 喀痰吸引（ ☐ 口腔　☐ 鼻腔 ） ☐ その他（　　）
具体的指示内容	☐ 導尿	☐ 自己導尿の補助、援助 サイズ（　）Fr.　挿入長さ（　）cm 実施時間等（　　）
	☐ 経管栄養	☐ 経鼻経管留置カテーテル　サイズ（　）Fr.　挿入長さ（　）cm ☐ 胃ろう・腸ろう　カテーテル種類（　　）　サイズ（　）Fr. （　）cm挿入　バルンの水の量（　）ml
		☐ 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（　）ml 未満の時は、そのまま予定量を注入する。 ☐ 胃残量が（　）ml 以上（　）未満の時は、（　　） ☐ 胃残量が（　）ml 以上の時は、（　　） ☐ 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）　ショット可・不可 ☐ 胃残量が（　）ml 未満の時は、そのまま予定量を注入する。 ☐ 胃残量が（　）ml 以上（　）未満の時は、（　　） ☐ 胃残量が（　）ml 以上の時は、（　　） ☐ 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（　　）

（裏面に続く）

		□ 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（　　） □ カテーテル、胃ろう抜去時の対応など （　　）
	□喀痰吸引	□ 口腔、鼻腔からの吸引 吸引カテーテルのサイズ（　　）Fr.　吸引圧（　　）kPa 以下 □ 保育士実施の場合 鼻からの挿入の長さ（　　）cm　口からの挿入 の長さ（　　）cm □ 看護師実施の場合 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（　　）
	□ その他	
	□ 緊急時の対応	

【記入日】　　年　　月　　日

【医療機関名】

【住所】

【電話番号】

【医師名】