【保護者→主治医等→保護者→春日部市】

**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　(令和 　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児 童 氏 名 |  | 生年月日 | 平成・令和　　 年 　　月　 　日 |
| 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  □ 導尿　　　　　　　　　　□ 血糖測定とその後の処理　　　□ 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〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □ 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 | |
| □ 緊急時の対応など | |

（宛先）春日部市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名

住　所

電　話

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印