

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）

学校・園名	世田谷区立			
対象者	氏名		生年月日	年 月 日 歳
	主たる疾患名			

※ 該当の指示内容にチェックや数値等を記入してください。

具体的指示内容									
<input type="checkbox"/>	<p>喀痰吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 鼻、口からの吸引 吸引カテーテルのサイズ（ ）Fr. 吸引圧（ ）kPa 程度まで 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〔 〕</p> <p>※ 持続吸引について 吸引カテーテルのサイズ（ ）Fr. 吸引圧（ ）kPa 部位（ 鼻 ・ 口 ） 挿入の長さ（ ）cm 注意点など〔 〕</p> <p><input type="checkbox"/> 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. カニューレ入口からの挿入の長さ（ ）cm 吸引圧 カニューレ内（ ）kPa 程度まで カニューレ先端より奥まで（ ）kPa 程度まで 注意点など〔 〕</p> <p><input type="checkbox"/> 経鼻エアウェイからの吸引 吸引カテーテルのサイズ（ ）Fr. 吸引圧（ ）kPa 程度まで エアウェイからの吸引カテーテル挿入の長さ（ ）cm 注意点など〔 〕</p>								
<input type="checkbox"/>	<p>経管栄養</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">種</td> <td><input type="checkbox"/> 鼻腔留置チューブ サイズ（ ）Fr. 挿入長さ（ ）cm</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">類</td> <td><input type="checkbox"/> 口腔ネラトン法 注意点など〔 〕</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 胃ろう</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 腸ろう</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> 栄養剤注入 栄養剤 実施時間（ ）（ ）（ ）（ ） 内容（ ） 1回量（ ）ml 注入時間（ ）分程度</p> <p><input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）ml 未満のときは そのまま予定量を注入する</p> <p><input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）ml 以上（ ）ml 未満のとき（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）ml 以上のとき（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）場合は（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応（ ）</p>	種	<input type="checkbox"/> 鼻腔留置チューブ サイズ（ ）Fr. 挿入長さ（ ）cm	類	<input type="checkbox"/> 口腔ネラトン法 注意点など〔 〕		<input type="checkbox"/> 胃ろう		<input type="checkbox"/> 腸ろう
種	<input type="checkbox"/> 鼻腔留置チューブ サイズ（ ）Fr. 挿入長さ（ ）cm								
類	<input type="checkbox"/> 口腔ネラトン法 注意点など〔 〕								
	<input type="checkbox"/> 胃ろう								
	<input type="checkbox"/> 腸ろう								

<input type="checkbox"/>	<p>水分注入 実施時間（ ）（ ）（ ）（ ） 内容（ ） 1回量（ ）ml 注入時間（ ）分程度</p> <p><input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）未満のときは そのまま予定量を注入する</p> <p><input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）ml 以上（ ）ml 未満のとき（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）ml 以上のとき（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）場合は（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 薬剤注入 実施時間（ ）（ ）（ ）（ ） 注意点など〔 〕</p> <p><input type="checkbox"/> 胃からの脱気 脱気のタイミング <input type="checkbox"/> 注入前 <input type="checkbox"/> 注入中 <input type="checkbox"/> 注入後 <input type="checkbox"/> その他（ ）（ ）（ ） 注意点など〔 〕</p>
<input type="checkbox"/>	<p>気管切開部の衛生管理</p> <p><input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 肉芽について <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（特記事項： ）</p> <p><input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（所見： ） 最終検査 年 月</p> <p><input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（所見： ） 最終検査 年 月</p> <p><input type="checkbox"/> カニューレの種類（ ）内径（ ）mm 入口から先端までの長さ（ ）cm</p> <p><input type="checkbox"/> 気管カニューレに関して カフ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 カフエア（ ）cc</p> <p><input type="checkbox"/> 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〔 〕</p>
<input type="checkbox"/>	<p>胃ろう・腸ろう部の衛生管理</p> <p>①ボタン・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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>②ボタン・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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>チューブ抜去時の対応など〔 〕</p>
<input type="checkbox"/>	<p>経鼻エアウェイ</p> <p><input type="checkbox"/> 挿入・抜去 挿入長さ（ ）cm エアウェイの種類（ ） 内径（ ）mm 注意点など〔 〕</p> <p><input type="checkbox"/> 管理 注意点など〔 〕</p>
<input type="checkbox"/>	<p>導尿</p> <p>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（ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ） - その場合の圧迫の強さの程度（ <input type="checkbox"/> 強 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 弱 ） 注意点など〔 〕</p>

<input type="checkbox"/>	定時の薬液吸入 実施時間 (:) (:) (:) 吸入薬内容/量 () を () ml + () を () ml 注意点など []		
<input type="checkbox"/>	日常的酸素管理 経路 <input type="checkbox"/> 気管切開部 <input type="checkbox"/> 鼻カヌラ <input type="checkbox"/> マスク 酸素流量 () L/分 SpO ₂ () % 以下の場合、() L/分 SpO ₂ () % 以下の場合、() L/分 注意点など []		
<input type="checkbox"/>	呼吸補助装置の管理		
<input type="checkbox"/>	人工呼吸器の作動状況 自発呼吸 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 普段の装着時間 <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 定時 (:) ~ (:)		
	使用機種	呼吸圧	cmH ₂ O
	換気様式 <input type="checkbox"/> 従量式 <input type="checkbox"/> 従圧式	PEEP	cmH ₂ O
	呼吸モード	<input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> IMV <input type="checkbox"/> SIMV <input type="checkbox"/> ASSIST <input type="checkbox"/> BiPAP (<input type="checkbox"/> Sモード <input type="checkbox"/> S/Tモード <input type="checkbox"/> Tモード) <input type="checkbox"/> その他 ()	
	トリガー感度 cmH ₂ O・()	最高気道内圧	cmH ₂ O
	酸素流量・FiO ₂ L/分・%	最低気道内圧	cmH ₂ O
	吸気流量 L/分	最大分時換気量	L/分
	吸気時間 秒	最小分時換気量	L/分
	吸気呼気比 :	吸気圧低下アラーム	cmH ₂ O
	呼吸回数 回/分	酸素併用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (L/分)
	吸気圧 cmH ₂ O・hPa	加湿・加湿器	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (°C ダイヤル)
	1回換気量 ml	オート機能	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	本人の状態および呼吸器の作動上における注意点、起こりやすいトラブルと対処方法 []		
<input type="checkbox"/>	血糖値測定等 測定時間 (:) (:) (:) 対処方法 詳細は別添にて指示		
<input type="checkbox"/>	具体的な指示内容等について補足等を行う必要がある場合は、右に記入または別紙に記載してください。 <input type="checkbox"/> 右に記入あり <input type="checkbox"/> 別紙あり (任意様式) <input type="checkbox"/> 別紙あり (「血糖値測定及びその後の処置」に関する指示書) <input type="checkbox"/> 別紙あり (「人工呼吸器の管理」に関する指示書)		

<input type="checkbox"/>	その他、具体的な指示内容
	世田谷区教育委員会事務局 支援教育課長あて 令和 年 月 日
<input type="checkbox"/>	本児が世田谷区立の新BOP学童クラブを利用する場合には、子ども・若者部児童課長に本指示書の情報を提供することは差し支えない。(差し支えない場合は□に✓をしてください。)
	医療機関名
	診療科名
	所在地
	電話番号
	医師名