* 保護者→主治医→保護者→高松市

(様式５)

高松市長　宛

令和　　年　　月　　日

医療的ケア実施に関する指示書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 住所 |  |
| 医師氏名 | 印 | 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童名 |  | | 男 女 | 年齢 | 歳 | 生年  月日 | 年 月 　日生 |
| 医療的ケア  の内容 | 実施方法 | 指示内容及び配慮事項 | | | | | |
| 気管切開 | □ 有　□ 無 | カニューレ製品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  交換頻度　１回／ | | | | | |
| 酸素吸入 | □ 有　□ 無 | 流量（　　　㍑／分）　□ 経鼻　　□ 気管内 | | | | | |
| 吸引 | □ 有　□ 無 | 回　数　約　　　　回／日  部　位　□ 口腔内　　□ 鼻腔内　　□ 気管内  カテーテルサイズ(Fr)　□ ８　　□ １０　　□ １２ | | | | | |
| 経管栄養 | □ 有　□ 無 | 種　類　　□胃ろう　　□経鼻　　□腸ろう  製品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  注入内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  注入量・回数（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  カテーテルサイズ(Fr)（　　　　） | | | | | |
| 導尿 | □ 有　□ 無 | カテーテル製品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  カテーテルサイズ(Fr)（　　　　）  回　数　約　　　　回／日 | | | | | |
| （裏面に続く） | | | | | | | |
| 医療的ケア  の内容 | 実施方法 | 指示内容及び配慮事項 | | | | | |
| 血糖測定 | □ 有　□ 無 | 時　間（　　　　時・　　　時） | | | | | |
| インスリン  投　与 | □ 有　□ 無 | 薬剤名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  一回量　　　　単位/回　　□食前　　□食後  持続投与（メーカー名：　　　　　　　　　　　 　　 ）  薬剤名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 与薬 | □ 有　□ 無 | □ 内服薬　　□ 注射薬　　□ 座薬　　□ 外用薬  薬剤名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  １回量（　　　　　　　　）時　間（　　　　　　　） | | | | | |
| その他の  医療的ケア |  | | | | | | |
| 緊急時  の対応 | [発作、誤嚥、発熱時等に係る対応] | | | | | | |
| 保育施設  での生活  上の注意  及び配慮  事項並び  に活動の  制限等 | [感染症流行時に係る対応等] | | | | | | |