

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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	カニューレ製品名 () 交換頻度 1回/			
酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	流量 (%/分) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内			
吸引	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回数 約 回/日 部位 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内 カテーテルサイズ(F) <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12			
経管栄養	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 腸ろう 製品名 () 注入内容 () 注入量・回数 () カテーテルサイズ(F) ()			
導尿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	カテーテル製品名 () カテーテルサイズ(F) () 回数 約 回/日			

(裏面に続く)

