様式第７号

主治医記入用

つくば市長　宛て

医療的ケア指示書

　標記の件について、次のとおり指示します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | 指示期間 | 年　　月　　日から  　　　　　年　　月　　日まで |
| 児童氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 主たる疾患名 |  |

※　該当する項目に記入してください（他様式による場合は、注意事項等欄に「別紙のとおり」と記載の上添付してください）。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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）　　経管栄養（胃ろう）　　経管栄養（腸ろう）　　導尿　　その他 | | |
| 喀  痰  吸  引 | 種別 | 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） |
| 気管カニューレからの吸引（又は気管内吸引）  　吸引カテーテルのサイズ（　　　Fr）　　吸引圧（　　　cmH2O）以下  　カニューレ入口からの挿入の長さ（　　　cm） |
| 吸引の頻度 | 喘鳴毎　　（　　　分）毎　　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 注意事項等 |  |
| 経  管  栄  養 | 種別 | 鼻腔留置チューブ  　サイズ（　　　Fr）　　挿入長さ（　　　cm） |
| 胃ろう  　チューブの種類（　　　　　　　　）　　サイズ（　　　Fr）  　挿入長さ（　　　cm）　　　バルンの水の量（　　　ml） |
| 腸ろう  　チューブの種類（　　　　　　　　）　　サイズ（　　　Fr）  　挿入長さ（　　　cm）　　　バルンの水の量（　　　ml） |
| 回数 | １日（　　　回）注入のうち、保育所で注入が必要な回数は（　　　回） |
| 保育所での実施時刻 |  |
| １回の注入時間 |  |
| 内容・量 |  |
| チューブ抜去時の対応 |  |
| 胃残時の指示 |  |
| 注意事項等 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 気  管  切  開  部  の  観  察 | 気管切開の状態 | 単純気管切開　　喉頭気管分離  その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 肉芽 | 有　　　無  検査（定期：　　か月毎　　不定期：最終検査　　　年　　月　　日） |
| カニューレ | カニューレの種類（　　　　　　　　）　　　内径（　　　mm）  入口から先端までの長さ（　　 cm） |
| 注意事項等 |  |
| 導  尿 | 回数 | １日（　　　回）実施　／　（　　　時間）毎に実施 |
| 保育所での実施時刻 |  |
| カテーテル | 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 |
| 注意事項等 |  |
| その他のケア | | 別紙のとおり |

※　至急受診が必要な状態、緊急時のリスク及び対応等について記入してください（「医療的ケアに関する主治医の意見書」（様式第１号）の記載内容と同一の場合は省略可）。

|  |
| --- |
| 意見書の記載内容と同一のため省略 |
| 意見書の記載内容から変更等あり |

※　次の項目について確認の上、チェックを入れてください。

|  |
| --- |
| 保育所における医療的ケアを安全に実施するために、保育所長、担当看護師等から医療的ケアに係る相談等を受けることに同意します。  　医療的ケアの実施に係る指導助言等（実技研修の修了確認、個別マニュアルの内容確認等）を受けるため、保護者の承諾を得た上で、担当看護師等が主治医医療機関での受診に同行することに同意します。 |

記入日：　　　　　年　　月　　日

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