

医療的ケア指示書

1 児童名 ()

2 疾患名 ()

3 学童クラブ利用時間中に必要とする医療的ケア ※該当するものに○

- ① 吸引(口腔内・鼻腔内・器官カニューレ内) ② 経管栄養 ③ 血糖値測定
 ④ インスリン注射 ⑤ 導尿(留置・間欠) ⑥ 人工肛門(ストーマ)
 ⑦ 酸素療法(在宅酸素療法)の管理 ⑧ 吸入(ネブライザー)

4 指示内容

① 吸引(口鼻腔 ・ 経気管)

吸引カテーテルのサイズ() Fr. 吸引圧() kPa 以下

口腔内 挿入の長さ() cm 吸引頻度()

鼻腔内 挿入の長さ() cm 吸引頻度()

気管切開孔 挿入の長さ() cm 吸引頻度()

《特記事項》

② 経管栄養(経鼻 ・ 胃ろう ・ 腸ろう : サイズ Fr)

注入ポンプ使用(有 ・ 無) 実施時間(:)

注入方法(滴下 ・ ショット注入 ・ 1回全量注入 ・ 分割注入 ・ その他())

内容・量()

注入・チューブ抜去時等の留意点()

胃残の確認方法()

《特記事項》

③ 血糖値測定 実施時間(:)

《特記事項》

④ インスリン注射 実施時間(:)

《特記事項》

⑤ 導尿（カテーテルサイズ Fr）
頻度（ ）
《特記事項》

⑥ 人口肛門（ストーマ）
頻度（ ）
《特記事項》

⑦ 酸素療法（在宅酸素療法）の管理
流量（通常時 l/分）
《特記事項》

⑧ 吸入（ネブライザー）
（薬剤： 目的： ）
（薬液の投与量： ）
（吸入時間： ）
《特記事項》

5 緊急時の対応（緊急対応が必要な場合の児童の状態やその場合の処置等）

6 学童クラブでの生活上、またケア実施時に特に配慮が必要な事項や留意点

府中市長

医療的ケアについて、上記のとおり指示いたします。

（指示期間： 年 月 日～ 年 月 日）

必要に応じ、府中市または学童クラブから指示内容の確認を直接行う場合があることについて了承します。

年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____ 印