

第5号様式（第8条関係）

年 月 日

（保育所等名）

施設長様

医療機関名： \_\_\_\_\_

所在地： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

医師氏名： \_\_\_\_\_ ⑩

医療的ケアに関する指示書

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				
喀痰吸引	<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(Fr) <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 (固定 _____ cm) <input type="checkbox"/> 腸ろう (固定 _____ cm) 製品名 ( _____ ) 注入内容 ( _____ ) 注入量・回数 ( _____ ) 注入量の許容範囲 ( ± _____ ) カテーテルサイズ(Fr) ( _____ )				
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(Fr) ( _____ ) 回数 約 _____ 回/日				
血糖測定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	時 間 <input type="checkbox"/> 毎食前 <input type="checkbox"/> 毎食後 <input type="checkbox"/> 食後 _____ 時間				
インスリン 投 与 【添付】処方箋	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	薬剤名 ( _____ ) 血糖値 _____ 以上で _____ 単位 ※インスリンスケール要添付 一回量 _____ 単位/回 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後				
人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類 <input type="checkbox"/> TPPV <input type="checkbox"/> NPPV ( <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 鼻・口) メーカー・機種 ( _____ ) 業者名 ( _____ ) モード ( _____ ) 換気回数 ( f ) : _____ 回/分 酸素濃度 ( Fio2 ) : _____ 離 脱 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 ( _____ 分)				

(裏面へ続く)

酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	流量 ( $\frac{\text{リットル}}{\text{分}}$ ) SpO2 _____ %以上キープ SpO2 _____ %以下で酸素 _____ l/分開始 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> 気管
その他の 医療的ケア		
緊急時 の対応	状態・頻度	
	対            応	
	緊急搬送の目安	
	処置までの許容時間	分
緊急搬送先	緊急時受入れについて相談できる保育所等の近くの医療機関を記載してください。 医療機関名： 診療科： 担当医名： 電話番号：	
保育所等 での生活 上の注意 及び配慮 事項並び に活動の 制限等		
その他※		