

医療的ケア指示書

指示期間： 年 月 日 ~ 年 月 日

ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
住所	電話		
診断			

↓該当項目をチェックしてください

ケア項目		使用機器・薬剤等	指示内容
1	<input checked="" type="checkbox"/> 喀痰吸引	吸引チューブ： 8 Fr	吸引チューブ最大挿入長
2	<input checked="" type="checkbox"/> 気管カニューレ	種類：ソフィットラブ6PC 内径： 6.0 mm、カフ： 3 ml	鼻腔： 5-15 cm、口腔： 5-15 cm 気管： 8 cm
3	<input checked="" type="checkbox"/> 経鼻チューブ 胃 ・ 小腸	サイズ： 8 Fr 挿入長： 35 cm (鼻翼固定)	<input checked="" type="checkbox"/> 家族により調整可 <input type="checkbox"/> 下記の通り(内容・時間・量など)
4	<input type="checkbox"/> 胃瘻 腸瘻	<input type="checkbox"/> ボタン <input type="checkbox"/> チューブ <input type="checkbox"/> バンパー サイズ： Fr シャフト長/挿入長： mm 固定水： ml	
5	<input checked="" type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> カニューレ <input type="checkbox"/> マスク <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 常時 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (SpO2 が 95%未滿の時) 流量： 0.5-2 L/分 (最大： 2 L/分まで)
6	<input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸療法	機種：トリロジー-EVO モード：主設定 S/T モード PIP12、PEEP4、RR20、Ti 0.9	使用するタイミングや注意事項 常時装着、人工鼻回路使用 * 加湿器回路の場合はその設定等
7	<input checked="" type="checkbox"/> 排痰補助装置	機種：コンフォートカフ II モード：プリセット 2	使用するタイミングや注意事項 注入前と喀痰貯留時に実施 1回あたり5サイクル×3セットまで実施可
8	<input checked="" type="checkbox"/> 導尿	サイズ： 8 Fr (留置の場合) 固定水： ml	<input checked="" type="checkbox"/> 間欠 (タイミング 10時、15時) <input type="checkbox"/> 留置
9	<input checked="" type="checkbox"/> ネブライザー	薬剤①生食 4ml 薬剤②	使用するタイミングなど 注入前 (排痰補助装置使用前) と喀痰粘稠時
10	<input checked="" type="checkbox"/> てんかん発作 対応	薬剤①ブコラム 5mg1 筒 薬剤②ダイアップ座薬 6mg 1 個	使用する発作型やタイミングなど①SpO2 が低下する強直発作 ②短い発作が 1 時間に 3 回みられたとき
11	<input checked="" type="checkbox"/> その他	経口摂取	お楽しみ程度に可 (水分にポタージュ状のとり みをつけること)

感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (卵：卵白は加熱していても除去)
定期薬	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照 <input checked="" type="checkbox"/> カルテ控え参照 <input type="checkbox"/> 別紙添付書類参照 <input type="checkbox"/> その他留意事項 ()		

緊急 搬送先	医療機関：
	電話番号：

↓該当項目をチェックしてください

ケア項目		異常時など状況		対応や個別に注意すること
1	喀痰吸引	<input checked="" type="checkbox"/>		自発呼吸がないため極力●秒以内にとどめてください
2	気管 カニューレ	<input checked="" type="checkbox"/>	カニューレ抜去時	直ちに挿入して人工呼吸器を装着すること
		<input checked="" type="checkbox"/>	閉塞が疑われる時	直ちに抜去し新しいものを挿入すること
3 4	経管栄養	<input checked="" type="checkbox"/>	チューブ抜去時	途中までしか抜けていないときは抜去してください
		<input checked="" type="checkbox"/>	胃残について	50ml以上の時は次の注入を胃残と同じ量減らして注入
		<input checked="" type="checkbox"/>	姿勢	必ず上体を30°以上起こすこと
5	酸素療法	<input checked="" type="checkbox"/>	SpO2が低い時	酸素2L/分使用しても低い時は受診
		<input type="checkbox"/>		
6	人工呼吸療法	<input type="checkbox"/>	機器の不調時	アンビューバッグで補助換気をしつつ保護者か業者に連絡
		<input type="checkbox"/>		
7	排痰補助装置	<input checked="" type="checkbox"/>		実施中にSp2が低下するときは中断し呼吸器装着すること
8	導尿	<input type="checkbox"/>	尿の異常時	
		<input type="checkbox"/>		
9	ネブライザー	<input type="checkbox"/>		
10	てんかん発作 対応	<input checked="" type="checkbox"/>		薬剤使用後も●分以上強直発作が止まらない状況を目安に救急搬送をすること
11	その他	<input type="checkbox"/>		

* 本指示書は、事業所における医療的ケア児者に対する医療行為の実施を目的として使用します

* 指示期間内において下記の事業所が本指示書を利用することを承諾します

事業所名（複数可）
1) ○○事業所○○○○○
2) 児童発達●●
3) ○○センター●●●●

年 月 日

医療機関名

医 師 名