

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 type="checkbox"/>	略痰吸引	吸引チューブ： Fr
2	<input type="checkbox"/>	気管カニューレ	種類： 内径： mm、カフ： ml
3	<input type="checkbox"/>	経鼻チューブ 胃 ・ 小腸	サイズ： Fr 挿入長： cm（鼻翼固定）
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 type="checkbox"/>	酸素療法	<input type="checkbox"/> カニューレ <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> 人工呼吸器
6	<input type="checkbox"/>	人工呼吸療法	機種： モード： 使用するタイミングや注意事項
7	<input type="checkbox"/>	排痰補助装置	機種： モード： 使用するタイミングや注意事項
8	<input type="checkbox"/>	導尿	サイズ： Fr (留置の場合) 固定水： ml
9	<input type="checkbox"/>	ネブライザー	薬剤① 薬剤② 使用するタイミングなど
10	<input type="checkbox"/>	てんかん発作 対応	薬剤① 薬剤② 使用する発作型やタイミングなど
11	<input type="checkbox"/>	その他	

感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
定期薬	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照 <input 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 type="checkbox"/>		
2	気管 カニューレ	<input type="checkbox"/>	カニューレ抜去時	
		<input type="checkbox"/>		
3 4	経管栄養	<input type="checkbox"/>	チューブ抜去時	
		<input type="checkbox"/>	胃残について	
		<input type="checkbox"/>		
5	酸素療法	<input type="checkbox"/>	SpO2 が低い時	
		<input type="checkbox"/>		
6	人工呼吸療法	<input type="checkbox"/>	機器の不調時	
		<input type="checkbox"/>		
7	排痰補助装置	<input type="checkbox"/>		
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 type="checkbox"/>		
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）

年 月 日

医療機関名

医 師 名