

[様式 4]

主治医指示書

(保護者名) 殿

依頼のありました、学校内において実施可能な医療的ケアの内容と留意点は別紙のとおりです。

学 校 名	
児童生徒氏名	
障 害 名	

下記に☑のあることについて学校における医療的ケアの実施を別紙のとおり医療的ケア看護職員に指示する。

令和 年 月 日

医療機関名

主 治 医

(※該当の医療的ケアに✓をしてください)

- 経管栄養 [別紙 1]
- 吸引 [別紙 2]
- 気管切開部の管理 [別紙 3]
- 吸入 [別紙 4]
- 酸素療法 [別紙 5]
- 血糖測定・インスリン注射 [別紙 6]
- 人工呼吸器 [別紙 7]
- 導尿 [別紙 8]
- その他 [別紙 9]

○医療的ケアの内容（経管栄養）

実施内容			
注入箇所	<input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	サイズ	Fr	挿入の長さ cm
注入内容	時間帯	内容と量	
注入後		白湯（ ml）	分～ 分
胃残量の 確認	<input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 栄養		
	胃内容物の量		指示事項
	（ ） ml 以上（ ） ml 未満		
	（ ） ml 以上		
	胃残色に異常がある時		
	<input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 栄養		
	胃内容物の量		指示事項
	（ ） ml 以上（ ） ml 未満		
	（ ） ml 以上		
	胃残色に異常がある時		
留意点			
緊急時の 対応	< 事故抜去時の対応 >		

○医療的ケアの内容（吸引）

実施内容		
	カテーテルサイズ Fr	吸引圧（ kPa・ mmHg）以下
実施箇所	実施箇所	挿入の長さ（c m）
	<input type="checkbox"/> 口腔	
	<input type="checkbox"/> 鼻腔	
	<input type="checkbox"/> 鼻腔咽頭エアウェイ	
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ	
留意点		
緊急時の対応		

○医療的ケアの内容（気管切開部の管理）

実施内容		
	カニューレの種類	サイズ（内径） mm
	カフの有無（無・有（カフ圧： mmHg））	
	<input type="checkbox"/> 人工鼻の交換	<input type="checkbox"/> ガーゼ交換 <input type="checkbox"/> 固定ひも（の確認） <input type="checkbox"/> カフの確認
留意点		
緊急時の対応	<p><事故抜去時の対応></p> <ul style="list-style-type: none"> ・気管カニューレ抜去後（5分以内・30分以内・1時間以内）に 生命が危険となる。 ・気管カニューレ抜去後（5分以内・30分以内・1時間以内）に 再挿入が困難となる。 <p><具体的な対応></p> <p><カフの空気が抜けた時の対応></p> <p><緊急搬送の判断基準></p>	

○医療的ケアの内容（吸入）

実施内容				
吸入内容	<input type="checkbox"/> 定時	時間	薬剤名	量
	<input type="checkbox"/> 随時	吸入が必要な体調		
留意点				
緊急時の対応				

○医療的ケアの内容（血糖測定・インスリン注射）

実施内容		
血糖測定 ・ インスリン注射	時間帯	血糖値と対応（補食・インスリン注射）
随時測定	目安となる体調	
	血糖値と対応	
留意点		
緊急時の対応		

○医療的ケアの内容（人工呼吸器）

実施内容		
呼吸器	機種	
	設定	
自発呼吸	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 人工呼吸器を外していただける時間（ 分程度）	
装着する 時間帯	<input type="checkbox"/> 常時	<人工呼吸器の脱着> <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 更衣や移乗（ ）のみ可
	<input type="checkbox"/> 定時	<装着する時間>
	<input type="checkbox"/> 体調不良時	<装着が必要な体調> <u>SpO₂値 %以下で 分継続</u>
	<input type="checkbox"/> その他	
留意点		
緊急時の 対応	<SpO ₂ 低下、呼吸困難、機器の故障等の対応> <緊急搬送の判断基準> 搬送先： _____ • TEL _____ • 担当医 科 _____	

○医療的ケアの内容（ 導尿 ）

実施内容	
	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)
	実施時間 (:) (:) (:) (:) (:)
留意点	
緊急時の対応	

○医療的ケアの内容（ ）

実施内容	
留意点	
緊急時の対応	