

多機能型発達支援iro
 管理者 椎屋美鈴 宛

(医療機関名)

(医師名)

(所在地)

(連絡先)

医療的ケアに関する指示書

ふりがな		年齢	性別	男	女
児童名			生年月日	年	月 日
医療的ケアの内容		実施方法	指示内容及び配慮事項		
気管切開	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	カニューレ製品名 () 交換頻度 1回/			
酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	流量 (リットル/分) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内			
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)			
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 (制限 cm) 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 <input type="checkbox"/> 腸瘻 製品名 () 注入内容 () 注入量・回数 () カテーテルサイズ(Fr) ()			
排泄管理	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		
	排便管理	該当する項目に チェックをお願いします		<input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 摘便	
痙攣	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	座薬使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 座薬使用の目安			
禁忌体位	<input type="checkbox"/> 有 (避けた方が良い体位)	<input type="checkbox"/> 無			

対象児童に対する医療的ケアについて指示書を提出します。

指示書の有効期間は対象児の誕生日前日までです。