

令和 年 月 日

多機能型発達支援あお

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
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"/> 浴腸 <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。