

医療的ケア指示書

児童氏名 _____ 生年月日： 年 月 日 男・女
診断名 _____
平均体温（℃） _____ 通常時の脈拍（回/分） _____ 通常時の血圧（mmHg） _____

※該当の指示内容に☑（チェック）・数値等を記入してください。

1 医療的ケアの項目について

- 口腔内の喀痰吸引 鼻腔内の喀痰吸引 気管カニューレ内部の喀痰吸引
経管栄養（経鼻） 経管栄養（胃瘻） 経管栄養（腸瘻）
酸素療法（酸素カニューレ、マスク） 人工肛門 人工膀胱 導尿
血糖管理（インスリン注射） ネブライザーを使用した吸入
その他（ _____ ）

2 具体的な指示内容について

(1) 喀痰吸引

鼻、口からの吸引

吸引カテーテルのサイズ（ _____ ）Fr. 吸引圧（ _____ ）cm H20 以下
鼻からの挿入の長さ（ _____ ）cm 口からの挿入の長さ（ _____ ）cm
注意点など（ _____ ）

気管カニューレからの吸引（または気管内吸引）

吸引カテーテルのサイズ（ _____ ）Fr. 吸引圧：（ _____ ）cm H20 以下
カニューレ入り口からの挿入の長さ（ _____ ）cm
注意点など（ _____ ）

(2) 経管栄養

鼻腔留置チューブのサイズ、長さ（ _____ ）

栄養剤注入

実施時間（ _____ : _____ ）（ _____ : _____ ）
内容・量（ _____ ） 注入時間（ _____ 分～ _____ 分）
胃残量が（ _____ ）未満の場合：そのまま予定量を注入する
胃残量が（ _____ ）ml 以上（ _____ ）ml 未満の場合（ _____ ）
胃残量が（ _____ ）ml 以上の場合（ _____ ）
胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）場合（ _____ ）
胃残の性状に異常がある場合（ _____ ）
注意点など（ _____ ）

水分注入

実施時間（ _____ : _____ ）（ _____ : _____ ）
内容・量（ _____ ） 注入速度（ _____ 分～ _____ 分）
胃残量が（ _____ ）未満の時はそのまま予定量を注入する
胃残量が（ _____ ）ml 以上（ _____ ）ml 未満の時（ _____ ）
胃残量が（ _____ ）ml 以上の時：
胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）場合は（ _____ ）
その他、胃残の性状に異常がある場合の対応
（ _____ ）

薬剤注入

実施時間（ _____ : _____ ）（ _____ : _____ ）
内服内容や注意点など（ _____ ）

胃からの脱気
脱気のタイミング ・注入前 ・注入中 ・注入後 ・その他()
注意点など:

(3) 人工肛門、人工膀胱、導尿
実施時間(:)(:)(:)(:)
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)
注意点など()

(4) 酸素管理
酸素素流量()L/分 SP02()%以下の場合()
注意点など()

(5) 気管切開部の観察
単純気管切開 咽頭気管分離 その他()
カニューレの種類() 内径()mm
入口から先端までの長さ()cm
カニューレ抜去時や、気管切開部・気管内出血への対応など
()

(6) 血糖値測定等
測定時間(:)(:)
対処方法:
インスリン注射の必要性 有 無
対処方法:

(7) その他※具体的にご記入ください。
()

3 緊急時の対応について

・対応: 発熱時、けいれん時、その他に分けてご記入ください。

{

・至急受診が必要な場合の症状など: _____

久喜市長 あて
久喜市福祉事務所長 あて

医療的ケアについて、上記のとおり指示いたします。

・指示期間 (年 月 日 から 年 月 日まで)

年 月 日

医療機関:

住所:

電話番号:

医師署名: