年　　月　　日

（あて先）益城町長　殿

　　　　　町認可保育施設

　　　　　施設長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 益城町医療的ケア児の保育施設受入れガイドラインの規定により、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。 | | | | | | | |
| 児童名 |  | | 男女 | 年齢 | 歳 | 生年  月日 | 年  月　　日生 |
| 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 | □ 有　□ 無 | カニューレ製品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  交換頻度　１回／ | | | | | |
| 酸素吸入 | □ 有　□ 無 | 流量（　　　㍑／分）　□ 経鼻　　□ 気管内 | | | | | |
| 人工呼吸器 | □ 有　□ 無 | 種　類　□ TPPV　　□ NPPV（□ 鼻　□ 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　□ 不可　　□ 可（　　 分） | | | | | |
| 吸引 | □ 有　□ 無 | 回　数　約　　　　回／日  部　位　□ 口腔内　　□ 鼻腔内　　□ 気管内  カテーテルサイズ(Fr)　□ ８　　□ １０　　□ １２ | | | | | |
| 経管栄養 | □ 有　□ 無 | 種　類　　□胃ろう　　□経鼻　　□腸ろう  製品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  注入内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  注入量・回数（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  カテーテルサイズ(Fr)（　　　　） | | | | | |
| 導尿 | □ 有　□ 無 | カテーテル製品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  カテーテルサイズ(Fr)（　　　　）  回　数　約　　　　回／日 | | | | | |
| （裏面に続く） | | | | | | | |
| 医療的ケア  の内容 | 実施方法 | 指示内容及び配慮事項 | | | | | |
| 血糖測定 | □ 有　□ 無 | 時　間（　　　時・　　　時） | | | | | |
| インスリン  投　与 | □ 有　□ 無 | 薬剤名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  一回量　　　　単位/回　　□食前　　□食後  持続投与（メーカー名：　　　　　　　　　　　 　　 ）  薬剤名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 与薬 | □ 有　□ 無 | □ 内服薬　　□ 注射薬　　□ 座薬　　□ 外用薬  薬剤名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  １回量（　　　　　　　　）時　間（　　　　　　　） | | | | | |
| その他の  医療的ケア |  | | | | | | |
| 緊急時  の対応 | [発作，誤嚥，発熱時等に係る対応] | | | | | | |
| 保育施設  での生活  上の注意  及び配慮  事項並び  に活動の  制限等 |  | | | | | | |