

年 月 日

敦賀市長 宛て

(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

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(リットル／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 ()
と 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		