第６号様式（第８条関係）

年　　月　　日

（保育所等名）

（施設長名）　　　　　　　様

医療機関名：

所在地：

電話番号：

医師氏名：

医療的ケアに関する指示書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | |
| 喀痰吸引 | □ 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 | | | | | | | |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 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） | | | | | | | |
| **（裏面に続く）** | | | | | | | | | |
| その他の  医療的ケア |  | | | | | | | | |
| 緊急時  の対応 | 状態・頻度 | |  | | | | | | | |
| 対応 | |  | | | | | | | |
| 緊急搬送の目安 | |  | | | | | | | |
| 処置までの許容時間 | |  | | | | | | 分 | |
| 緊急搬送先 | 緊急時受入れについて相談できる保育所等の近くの医療機関を記載してください。  医療機関名：  診療科：  担当医名：  電話番号： | | | | | | | | |
| 保育所等  での生活  上の注意  及び配慮  事項並び  に活動の  制限等 |  | | | | | | | | |
| その他※ |  | | | | | | | | |

※　医療的ケアの実施は今後不要となる場合は、今後不要となる旨及び実施終了日を記載してください。

　広島市医療的ケア児受入等実施要綱第８条の規定により、対象児童に対する医療的ケアについて上記のとおり指示書を提出します。