

医療的ケア指示書

標記の件について、下記のとおり指示いたします。指示期間（令和 年 月 日～令和 年 月 日）

学校・園名		世田谷区立					
対象者	氏名		生年月日	年	月	日	歳
	主たる疾患名						

※ 該当の指示内容にチェックや数値等を記入してください。

具体的指示内容		
☐	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（ ）kPa 程度まで 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〔 〕 ※ 持続吸引について 吸引カテーテルのサイズ（ ）Fr. 吸引圧（ ）kPa 部位（ 鼻 ・ 口 ） 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. カニューレ入口からの挿入の長さ（ ）cm 吸引圧 カニューレ内（ ）kPa 程度まで カニューレ先端より奥まで（ ）kPa 程度まで 注意点など〔 〕	
	☐ 経鼻エアウェイからの吸引 吸引カテーテルのサイズ（ ）Fr. 吸引圧（ ）kPa 程度まで エアウェイからの吸引カテーテル挿入の長さ（ ）cm 注意点など〔 〕	
☐	経管栄養	
	種類	☐ 鼻腔留置チューブ サイズ（ ）Fr. 挿入長さ（ ）cm
		☐ 口腔ネラトン法 注意点など〔 〕
		☐ 胃ろう
		☐ 腸ろう
☐ 栄養剤注入 栄養剤 実施時間（ ）（ ）（ ）（ ） 内容（ ） 1回量（ ）ml 注入時間（ ）分程度 ☐ 胃残量が（ ）ml 未満のときは そのまま予定量を注入する ☐ 胃残量が（ ）ml 以上（ ）ml 未満のとき（ ） ☐ 胃残量が（ ）ml 以上のとき（ ） ☐ 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（ ）		

	☐ 水分注入 実施時間（ ）（ ）（ ）（ ） 内容（ ） 1回量（ ）ml 注入時間（ ）分程度 ☐ 胃残量が（ ）未満のときは そのまま予定量を注入する ☐ 胃残量が（ ）ml 以上（ ）ml 未満のとき（ ） ☐ 胃残量が（ ）ml 以上のとき（ ） ☐ 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（ ）（ ） 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〔 〕
	☐ 気管切開部の衛生管理 ☐ 単純気管切開 ☐ 喉頭気管分離 ☐ その他（ ） ☐ 肉芽について ☐ 有 ☐ 無（特記事項： ） ☐ 内視鏡検査 ☐ 有 ☐ 無（所見： 最終検査 年 月） ☐ C T検査 ☐ 有 ☐ 無（所見： 最終検査 年 月） ☐ カニューレの種類（ ）内径（ ）mm 入口から先端までの長さ（ ）cm ☐ 気管カニューレに関して カフ ☐ 有 ☐ 無 カフエア（ ）cc ☐ 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〔 〕
	☐ 胃ろう・腸ろう部の衛生管理 ①ボタン・チューブの種類（ ） サイズ（ ）Fr. （ ）cm 挿入 バルンの水の量（ ）ml Yガーゼ ☐ 有 ☐ 無 ②ボタン・チューブの種類（ ） サイズ（ ）Fr. （ ）cm 挿入 バルンの水の量（ ）ml Yガーゼ ☐ 有 ☐ 無 チューブ抜去時の対応など〔 〕
	☐ 経鼻エアウェイ ☐ 挿入・抜去 挿入長さ（ ）cm エアウェイの種類（ ） 内径（ ）mm 注意点など〔 〕 ☐ 管理 注意点など〔 〕
	☐ 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 ） － その場合の圧迫の強さの程度 （ ☐ 強 ☐ 中 ☐ 弱 ） 注意点など〔 〕

