主治医指示書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象児童氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日(　　　　　 　年４月１日現在　　歳) |
| 診断名 |  | 受診状況 | □　定期□　不定期 |
| 渋川市教育・保育施設における集団生活の可否 | 可　・　否 | 理由 |
| 渋川市教育・保育施設における特別な配慮及び運動の制限 | 教育・保育中に特別な配慮を□　必要としない　　　　　　内容□　部分的に必要とする□　常に必要とする運動の制限□　運動は不可□　軽い運動には参加可□　中等度の運動には参加可□　強い運動にも参加可 |
| 服薬(処方箋添付可) | □有　（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□無 |
| 所見 |
| その他の薬 | □有　（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□無 |
| 所見 |
| 呼吸 | □　自立□　配慮が必要（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所見 |
| 食事 | □　経口　 | □　自立　　　□　一部介助　　　□　全介助 |
| □　普通食　　　□　軟食　　　□　きざみ食　　　□ミキサー食□　流動食　　　□　その他（　 　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所見 |
| 排尿 | □　自立□　配慮が必要（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所見 |
| 排便 | □　自立□　配慮が必要（内容　 |
| 所見 |
| 発作 | □　有　（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　無発作時の対応（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所見 |
| 医療的ケア指示内容 | □　喀痰吸引　□　口腔、鼻腔　吸引カテーテルのサイズ（　　）Fr.　　吸入圧（　　）kPa以下　　　鼻からの挿入の長さ（　　）㎝　　口からの挿入の長さ（　　）㎝　□　気管カニューレ　吸引カテーテルのサイズ（　　）Fr.　　吸入圧（　　）kPa以下　　　　　　　　　　　カニューレ入口からの挿入の長さ（　　）㎝ |
| □　ネブライザー吸入　方法（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □　酸素吸入　流量（　　㍑／分）　□ 気管切開（人工鼻）より　　□ 人工呼吸器より　　□ 鼻カテより　SPO₂低下時の対応（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □　血糖測定　実施時間（　　：　　）（　　：　　） |
| □　インスリン皮下注射　薬剤名（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　１回量（　　）　　□　食前　　□　食後　持続投与（メーカー名：　　　　　　　　　）　薬剤名（　　　　　　　　　　　　　　　　）　アルコール綿のアレルギー　　□　有　　□　無　低血糖時の対応（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □　導尿　カテーテル製品名（　　　　　　　　　　　　　　　）　カテーテルサイズ（　　　　　）Fr.　　　　回数　約（　　）回／日 |
| □　人工肛門　方法（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療的ケア指示内容 | □　コンタクトレンズ装着　留意点等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □　経管栄養　【種類】　　　□　経鼻胃管留置カテーテル　サイズ（　　）Fr.　挿入長さ（　　　）㎝　　□　胃ろう　カテーテルの種類（　　　）サイズ（　　）Fr.　（　　）㎝　　□　腸ろう　カテーテルの種類（　　　）サイズ（　　）Fr.　（　　）㎝　【方法】　　□　栄養剤注入　　　栄養剤　実施時間（　　：　　）（　　：　　）　　　内容・量（　　　　　　　　　　　　）　1回の注入時間（　　）分～（　　）分　　　□　胃残量が（　　）未満の時　そのまま予定量を注入　　　□　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）の時（　　　　　　　　　　　　　）　　　□　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（　　　）　注入速度（　　分～　　分）　ショット（□　可　　□　不可）　　　□　胃残量が（　　）未満の時　そのまま予定量を注入　　　□　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）の時（　　　　　　　　 　　　　）　　　□　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| カテーテル、胃ろう脱去時の対応等　 |
| □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　留意点等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療的ケア指示内容に関する特記事項 |
| 予想される緊急時の対応 | 状況・頻度 |  |
| 対応 |  |
| 救急搬送の目安 |  |
| その他 |  |

※渋川市教育・保育施設で実施する医療的ケアについて全て記載してください。主治医指示書に記載のない医療的ケアは実施できません。

　　　　年　　　月　　　日

医療機関名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医（署名）

医療機関所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号