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