

(表紙)

個人情報

医療的ケア指示書について

ver.6

伊丹市立伊丹特別支援学校長 様

医療的ケア指示書を提出します。

提出前確認欄

- ☐ 医療的ケアの指示内容の事前確認。
- ☐ 全3ページそろっている。

□の確認欄にチェックを入れた上で署名捺印しご提出ください。

保護者氏名 _____

【留意事項】

- ・ 内容は主治医と相談して作成してください。
- ・ 医療的ケアは主治医からの指示書に基づいて学校で看護師が行う医行為です。

医療的ケアの内容は、医療技術の進歩等や医療的ケア児の健康状態などによっては、
本校では対応できないケースもあるため、個々の児童生徒等の状態に照らし、
その安全性を考慮しながら、個別に対応を検討します。



標記の件について、下記のとおり指示いたします。

記

指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日 まで	
児童生徒名	生年月日	年 月 日
主たる疾患名		

※あてはまる項目のチェックボックスにチェックを入れ、指示の詳細を記入ください。

□ 吸引	☐ 鼻腔、口腔からの吸引 吸引カテーテルのサイズ () Fr 吸引圧 () kPa程度、鼻腔からの挿入の長さ () cm 口腔からの挿入の長さ () cm 注意点など 【 _____ 】
	☐ 持続吸引について (部位) <u>鼻・口</u> 吸引カテーテルのサイズ () Fr 吸引圧 () kPa程度 挿入の長さ () cm 注意点など 【 _____ 】
	☐ 気管切開部からの吸引 吸引カテーテルのサイズ () Fr 吸引圧 () kPa程度 挿入の長さ () cm 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 <u>有・無</u> ☐ カニユーレの種類 () 、内径 () mm、入口から挿入までの長さ () cm 注意点など 【 _____ 】

□ 吸入	☐ 定時 ☐ 臨時 ☐ 宿泊時 ※吸入内容は保護者が記入する「一日のケア依頼書」「与薬依頼書」を参照します。
------	--

□ 導尿	☐ 定時 ☐ 臨時 () ☐ 宿泊時 カテーテルの種類 () サイズ () Fr 挿入の長さ () cm 用手圧迫 <u>可・不可</u> 尿量測定 <u>必要・不要</u> 注意点など 【 _____ 】
------	---

□ 浣腸	☐ 定時 ☐ 宿泊時 薬の内容と量 () を () ml使用、挿入の長さ () cm
------	--

□ 酸素管理	☐ 気管切開部 ☐ 鼻カヌー ☐ マスク 酸素流量 () l/分、SpO2 () %以上を保持する ☐ 緊急時の対応参照 (※留意点：学校には個人用酸素ボンベはなく、保護者が準備します。 酸素携帯指示のある場合、看護師が添乗するため、運行開始時刻に制限があります。)
--------	---

□ 経管栄養	□ 経鼻経管	チューブサイズ () Fr 挿入の長さ () cm
	□ 胃瘻	ボタン・チューブの種類 () サイズ () Fr 挿入の長さ () cm
	□ 腸瘻	注意点など 【 _____ 】
	□ 栄養剤注入	胃残前吸引 <u>必要・不要</u> 内容 () 、1回量 () ml、注入時間 () 分程度 内容 () 、1回量 () ml、注入時間 () 分程度 { □ 胃残量が () ml以上の時、胃残を戻し、全量 () mlにする。 □ 胃残の性状に異常がある場合の対応 【 _____ 】 □ 宿泊時は家庭での実施状況に準じる □ 栄養剤1日トータル () ml～ () ml、1回量 () ml～ () mlで調整可
	□ 水分注入	胃残前吸引 <u>必要・不要</u> 内容 () 、1回量 () ml、注入時間 () 分程度 内容 () 、1回量 () ml、注入時間 () 分程度 { □ 胃残量が () ml以上の時、胃残を戻し、全量 () mlにする。 □ 胃残の性状に異常がある場合の対応 【 _____ 】 □ 宿泊時は家庭での実施状況に準じる □ 水分1日トータル () ml～ () ml、1回量 () ml～ () mlで調整可
	□ 薬剤注入	<u>有・無</u>

□ 呼吸補助装置の管理	自発呼吸	<u>有・無</u>	普段の装着時間	□ 24時間 □ 定時 (:) ～ (:)		
	使用機種			呼気圧	() cmH2O	
	換気様式	□ 従量式 □ 従圧式	PEEP	() cmH2O		
	呼吸モード	CPAP IMV SIMV ASSIST BiPAP(Sモード、S/Tモード、Tモード) その他【 _____ 】				
	トリガー感度	() cmH2O ・ ()	最高気道内圧	() cmH2O		
	O2流量・FiO2	() l/分 ・ () %	最低気道内圧	() cmH2O		
	吸気流量	() l/分	最大分時換気量	() l/分		
	吸気時間	() 秒	最小分時換気量	() l/分		
	吸気呼気比	() : ()	吸気圧低下アラーム	() cmH2O		
	呼吸回数	() 回/分	酸素併用	□ 有 () l/分 ・ □ 無		
	吸気圧	() cmH2O () Hpa	加湿・加湿器	□ 有 () °C、ダイヤル ()		
	1回換気量	() ml		□ 無		
			オート機能	有・無		
	日常的に人工呼吸器は () 時間、離脱可能 ・ 離脱不可					
	日常的に加温加湿器は () 時間、離脱可能 ・ 離脱不可 ※乗車中は、安全確保の為、加温加湿器を使用出来ません					
注意点・起こりやすいトラブル		【 _____ 】				
□ 装置排痰補助	□ 定時 □ 宿泊時 実施内容 □ M1-E 気切孔・マスク () 回 □ パーカッサーモード () 分					

		名前	0	指示書
緊急時の対応	☐ 気管カニューレ抜去時	☐ 再挿入する (抜けたカニューレ・予備のカニューレ) ☐ 再挿入しない ☐ 呼吸が改善しないようであれば救急搬送する 主治医への連絡 必要・不要 《個別対応及び注意事項》※必ず記入してください 		
	☐ 経鼻チューブの対応 ☐ 胃去瘻カテーテルの対応	☐ 再挿入する ☐ 再挿入しない 主治医への連絡 必要・不要 《個別対応及び注意事項》※必ず記入してください 		
	☐ SpO2低下時	SpO2 () %以上を保持 ☐ SpO2 () %以下が続く場合は酸素 () ℓ開始、最大 () ℓ ☐ SpO2 () %以下が続く場合は救急搬送する 《個別対応及び注意事項》※必ず記入してください ※留意点：学校には個人用酸素ボンベはなく、保護者が準備します 酸素携帯指示のある場合、看護師が添乗するため、運行開始時刻に制限があります 		
	☐ 痙攣発作時	☐ 発作が () 分以上継続している場合【 】 ☐ 発作が () 分以上継続している場合は救急搬送する ☐ 痙攣により呼吸状態が悪化している場合は「SpO2低下時」の指示に準ずる 排便により薬が出てしまった時の対応 【 】 《個別対応及び注意事項》※必ず記入してください ※留意点：乗車中の坐薬挿入についてはできません 		
その他	※（過緊張 心疾患による不整脈 緊急内服薬等の指示） 			

伊丹市立伊丹特別支援学校長 殿

上記医療的ケアの実施について伊丹特別支援学校所属看護師に指示いたします。

年 月 日

医療機関名

主治医名

印