

(表紙)

個人情報

医療的ケア指示書について

ver. 5

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 _____ 印

【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	<input type="checkbox"/> 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 【 _____ 】
	<input type="checkbox"/> 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 【 _____ 】
	<input type="checkbox"/> 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 【 _____ 】
	<input type="checkbox"/> 気管切開部の衛生管理 [<input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他 【 _____ 】 <input type="checkbox"/> 肉芽について <u>有・無</u> <input type="checkbox"/> カニューレの種類 ()、内径 () mm、入口から挿入までの長さ () cm 注意点など 【 _____ 】

□ 吸入	<input type="checkbox"/> 定時 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 定時 <input type="checkbox"/> 臨時 (_____) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 定時 <input type="checkbox"/> 宿泊時 薬の内容と量 _____ を () ml使用、挿入の長さ () cm
---------	--

□ 酸素管理	<input type="checkbox"/> 気管切開部 <input type="checkbox"/> 鼻カヌラ <input type="checkbox"/> マスク 酸素流量 () l/分、SpO2 () %以上を保持する <input type="checkbox"/> 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 有・無	

□ 呼吸補助装置の管理	自発呼吸 有・無	普通の装着時間 □ 24時間 □ 定時 (:) ~ (:)
	使用機種	呼気圧 () cmH20
	換気様式 □ 従量式 □ 従圧式	PEEP () cmH20
	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 () cmH20・()	最高気道内圧 () cmH20
	O2流量・FiO2 () l/分・() %	最低気道内圧 () cmH20
	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 () cmH20
	呼吸回数 () 回/分	酸素併用 □ 有 () l/分 ・ □ 無
	吸気圧 () cmH20 () Hpa	加湿・加湿器 □ 有 () °C、ダイヤル () □ 無
	1回換気量 () ml	オート機能 有・無
	注意点・起こりやすいトラブル 【 _____ 】	

緊急時の対応	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ抜去時	<input type="checkbox"/> 再挿入する (抜けたカニューレ・予備のカニューレ) _____ <input type="checkbox"/> 再挿入しない <input type="checkbox"/> 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 <u>必要・不要</u> 《個別対応及び注意事項》※必ず記入してください _____ _____
	<input type="checkbox"/> 経鼻チューブ抜去時の対応 <input type="checkbox"/> 胃瘻カテーテル抜去時の対応	<input type="checkbox"/> 再挿入する <input type="checkbox"/> 再挿入しない 主治医への連絡 <u>必要・不要</u> 《個別対応及び注意事項》※必ず記入してください _____ _____
	<input type="checkbox"/> SpO2低下時	SpO2 (_____) %以上を保持 <input type="checkbox"/> SpO2 (_____) %以下が続く場合は酸素 (_____) ℓ開始、最大 (_____) ℓ <input type="checkbox"/> 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。) _____ _____
	<input type="checkbox"/> 痙攣発作時	<input type="checkbox"/> 発作が (_____) 分以上継続している場合【 _____ 】 <input type="checkbox"/> 発作が (_____) 分以上継続している場合は救急搬送する <input type="checkbox"/> 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 _____ _____
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