**医療的ケア指示書**

指示期間（１年間を目安に）：　　　　　年　　　月　　　日 ～　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 | 生 年 月 日（西暦） |
| 氏名 |  |  | 年　　 月　 　日　 生　 ( 歳) |
| 住所 | 電話： |
| 疾患名 |  |
| 医 療 的 ケ ア お よ び 使 用 医 療 機 器 等 | 1. 喀痰吸引
 | 吸引カテーテルのサイズ　　　　　　Fr |
| 1. 気管カニューレ管理
 | 種類：　　　　　　　　　　　　　サイズ：内径　　　　mm、長さ　　　　mm |
| 1. 胃管・空腸チューブ
 | サイズ：　　　　　Fr、　　　　　　　cm 固定 |
| 1. 胃瘻・腸瘻　栄養
 | 種類：ボタン型・チューブ型サイズ：　　　　　Fr、シャフト長　　　　　cm |
| 1. 酸素療法
 | 酸素投与量：　　　　　　L/min、　常時 ・ 必要時（ SpO2　 　　％ 以下 ） |
| 1. 人工呼吸器
 | 機種：　　　　　　　　　設定：□別紙参照 |
| 1. 導尿
 | カテーテルサイズ　　　　　　Fr、 |
| 1. ネブライザー
 |  |
| 1. その他
 |  |
| 指示内容 | 喀痰吸引（吸引圧、チューブの挿入長さ、注意事項等を含む）・口腔内・鼻腔内・気管内 |
| 経管栄養（栄養の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む） |
| その他の医療的ケア内容 |  |
| その他留意事項 |  |
| 感染症 | □無　・□ 有（　　　　　　　　　） | アレルギー | □無　・□ 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 定期内服薬 | □お薬手帳参照　□カルテコピー参照　□その他参照物（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□留意事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 緊急時の対応 | 搬送先： |

※本指示書は、医療的ケア児者に対する医療行為を目的として使用するほか、医療的ケア児者の支援のために必要がある場合は、情報を共有するため、本指示書の複写を関係機関に提供することがあります。

年　　月　　日

　　　　　住所

　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　電　話

　　様