　　年　　月　　日

（施設名）

（代表者名）　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医師名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先）

医療的ケアに関する指示書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 京都市医療的ケアを必要とする児童に係る保育利用要綱第８条の規定により、対象児童に対する医療的ケアについて指示書を提出します。 | | | | |
| 児童名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 診断名 |  | | | |
| 医療的ケア  の内容 | 実施 | 指示内容及び配慮事項 | | |
| 酸素吸入 | □ 有　□ 無 | 流量（　　　㍑／分）　 □ 経鼻　　　□ 気管内  平常時SpO2（　　　　％） | | |
| 気管切開 | □ 有　□ 無 | カニューレ製品名（　　　　　　　　　 　　　）サイズ（　　　　　 ）  交換頻度　１回／ | | |
| 人工呼吸器 | □ 有　□ 無 | 種　類　　□ TPPV　　　□ NPPV（ □ 鼻　 □ 鼻・口 ）  メーカー・機種（　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 　）  業者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 ）  モード（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 ）  換気回数（ｆ）：　　　　　　　回／分  酸素濃度(Fio2)：  離　脱　　□ 不可　　 □ 可（　　 　　分） | | |
| 吸引 | □ 有　□ 無 | 部　位　　□ 口腔内　 □ 鼻腔内　　□ 気管内  回　数（約　　　　回／日）  カテーテルサイズ　 □ ８Fr　　 □ １０Fr　　 □ １２Fr | | |
| 経管栄養 | □ 有　□ 無 | 種　類　　□経鼻　　 □胃ろう　　 □腸ろう  製品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 ）  カテーテルサイズ（　　　Fr）挿入の長さ（　　　　cm）  注入方法（ □滴下 　 □シリンジ　 □ポンプ（ ml/h ）注入回数（　　　回 ／時間帯：　　　　　　　　　　　　 　）  注入内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | | |
| 導尿 | □ 有　□ 無 | □ 間欠的　　□ 持続的  回　数（約　　　　回／日）時間帯（　　　　　　　　　　　　 ）  カテーテル製品名（　　　　　　　　　　　 　　）カテーテルサイズ(Fr)（　　Fr） | | |
| （裏面に続く） | | | | |
| 医療的ケア  の内容 | 実施 | 指示内容及び配慮事項 | | |
| 血糖測定 | □ 有　□ 無 | 方　法（ ＳＭＢＧ ・ ＣＧＭ ・ ＦＧＭ ／機器等：　　　　　　　 　　）  時間帯（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | |
| インスリン  投　与 | □ 有　□ 無 | 薬剤名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 ）  一回量（　　　単位/回） □食前　　□食後  持続投与（メーカー名：　　　　　　　　　　　 　　 　 ）  薬剤名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | |
| 血糖値対応 | □ 有　□ 無 | 高血糖時（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  低血糖時（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | | |
| 与薬(処方箋添付可） | □ 有　□ 無 | □ 内服薬　　□ 注射薬　 □ 外用薬　（　□ 座薬　　□ 浣腸  □ その他 （　　　　　　　　　　　　　 　　 ））  薬剤名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  １回量（　　　　　　　　）時間（　　　　　　　　　　　　　 ） | | |
| その他の  医療的ケア | ［上記以外で保育時間中に実施が必要なもの、書ききれなかったもの］ | | | |
| 緊急時  の対応 | [発作、酸素飽和度低下、誤嚥、発熱時等に係る対応] | | | |
| 保育施設  での生活  上の注意  及び配慮  事項並び  に活動の  制限等 |  | | | |