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 |  |