

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 (ℓ/分) ☐ 経鼻 ☐ 気管内 平常時 SpO2 (%)	
気管切開	☐ 有 ☐ 無	カニュレ製品名 () 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 ☐ 8 Fr ☐ 10 Fr ☐ 12 Fr	
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		