　令和 **Ｘ** 年 **ＸＸ** 月 **ＸＸ** 日

**参考**

（施設名）**□□□□保育園**

（代表者名）**□□□　□□**　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関名）**○○△△病院**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医師名）**○○　△△△**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所在地）**京都市○○区△△町ＸＸ番地**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先）**（075）XXX－XXXX**

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 | **令和Ｘ**年**Ｘ**月**Ｘ**日生 |
| 診断名 | **○○○○、○○症候群、△△術後** | | | |
| 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（ **０．２５** ㍑／分）　□経鼻　　　**☑**気管内  平常時SpO2（**９8～100**％ **※ 午睡時0.5Ｌ/分、適宜２Ｌ/分まで量可。** | | |
| 気管切開 | **☑** 有　□ 無 | カニューレ製品名（ **●●カニューレ（カフあり）** ）サイズ（ **● mm** ）  交換頻度　１回／**２週** | | |
| 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（ **60**分）**※　移動時等適宜離脱可。** | | |
| 吸引 | **☑** 有　□ 無 | 部　位　　**☑** 口腔内　 **☑** 鼻腔内　　□ 気管内  回　数（約　**適宜**　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（ **２**回／時間帯：**●時、●時頃 ※ 昼食、おやつ時** ）  注入内容（ **ペースト食100gのうち経口摂取できなかった分を注入。その他適宜水分補給。内容等は保護者に準じて実施可。**） | | |
| 導尿 | **☑** 有　□ 無 | **☑** 間欠的　　□ 持続的  回　数（約　**２**　回／日）時間帯（　**●時、●時頃**　　　　　　 ）  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（**CGM：１時間毎、食前、低血糖・高血糖が疑われる時、SMBG：必要時**） | | |
| インスリン  投　与 | **☑** 有　□ 無 | 薬剤名（　**●●●●●●●●●**  　 ）  一回量（　**１** 単位/回） **☑**食前　　□食後  持続投与（メーカー名：　**●●●●●●●●●●**  　 ）  薬剤名（　**●●●●●●●●** 　**※　ポンプ不良時、ペン打ちにて対応** ） | | |
| 血糖値対応 | **☑** 有　□ 無 | 高血糖時（ **別紙スケールに基づきポンプにてボーラス、30分様子を見て対応** ）  低血糖時（ **ブドウ糖摂取、ミルク注入にて対応。**） | | |
| 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（　**別紙参照**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  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］  **※　詳細記載が必要なもの等の記載欄として、御活用ください。**  **・浣腸：グリセリン浣腸液１２ml（体重×2ml）**  **・ガス抜き：ネラトンカテーテル２０cm程度挿入　　　　　　　　　　など** | | | |
| 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]  **※　保育中に予想されるものについて、具体的に記載をお願いいたします。御活用ください。**  **・チアノーゼ増強、多呼吸、陥没呼吸、喘鳴出現、SpO293％以下：酸素２Ｌ/分まで増量可**  **・SpO29０％以下：酸素２Ｌ/分まで増量のうえ救急要請。**  **・てんかん発作(５分以内)保護者へ連絡、受診相談**  **(５分以上)●●●●挿肛、救急搬送**  **・胃ろうボタン抜去時は、瘻孔部をタオル等で保護して速やかに医療機関受診。**  **吸引カテーテル挿入は抵抗があれば無理にせずとも可。**  **・低血糖時はブドウ糖、ミルク等注入にて対応、ポンプ不良時は●●注皮下注射。**  **・経口摂取不可能時の低血糖については、点鼻粉末剤投与後、救急要請。　など** | | | |
| 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 | **・先天性心疾患術後であるが、現時点では特に活動の制限なし。**  **・気道感染等により嘔吐を誘発しやすく、誤嚥のリスクがあるため、**  **適宜口鼻腔の吸引を実施のこと。**  **・●●部圧迫に注意してください。**  **・タンパク除去対応をお願いします。**  **・プール、午睡時以外は●●使用のこと。（装具、補聴器、コルセットなど）**  **・腎ろう留置中です。抜去しないよう注意をお願いします。固定テープを**  **こまめにチェックし、抜去に気付かれたら緊急受診してください。**  **・運動発達、精神発達に伴い、カニューレ抜去の可能性あり。定期的に確認**  **してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　など** | | | |