

記入日 年 月 日

医療的ケア指示書

(実施施設園名) 宛

標記の件について、下記のとおり指示いたします。

指示期間(令和 年 月 日～ 年 月 日)

※終了日の指定がない場合は、年度最終の3月31日としてください。

氏名・生年月日	年 月 日生
主たる疾患名	

(※該当する医療的ケアにチェックを付けるとともに、別紙を記入してください。)

- 経管栄養 [別紙1]
- 喀痰吸引 [別紙2]
- 気管切開部の管理 [別紙3]
- 吸入 [別紙4]
- 酸素療法 [別紙5]
- 血糖測定・インスリン注射 [別紙6]
- 人工呼吸器 [別紙7]
- 導尿 [別紙8]
- その他 [別紙9]

医療機関名：

主治医：

緊急時の連絡先(TEL)：

[別紙1]

○医療的ケアの内容（経管栄養）

実施内容			
注入箇所	<input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	サイズ	Fr	挿入の長さ cm
注入内容	時間帯	内容と量	(注入速度を踏まえた) 注入時間
			分～ 分
			分～ 分
			分～ 分
			分～ 分
注入後		白湯（ ml）	分～ 分
胃残量の確認	<input type="checkbox"/> 栄養		
	胃内容物の量		指示事項
	（ ） ml以上（ ） ml未満		
	（ ） ml以上		
	胃残色に異常がある時		
	<input type="checkbox"/> 水分		
	胃内容物の量		指示事項
	（ ） ml以上（ ） ml未満		
（ ） ml以上			
胃残色に異常がある時			
留意点			
緊急時の対応	<事故抜去時の対応>		

○医療的ケアの内容（喀痰吸引）

実施内容		
	カテーテルサイズ Fr	吸引圧（ kPa・ mmHg）以下
実施箇所	実施箇所	挿入の長さ（c m）
	<input type="checkbox"/> 口腔	
	<input type="checkbox"/> 鼻腔	
	<input type="checkbox"/> 鼻腔咽頭エアウェイ	
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ	
<p>留意点 ※特に、吸引の頻度やタイミング（例. SpO2値等）についてコメント願います。</p>		
緊急時の対応		

○医療的ケアの内容（気管切開部の管理）

実施内容 ※交換頻度についてコメント願います。		
	カニューレの種類	サイズ（内径） mm
	<input type="checkbox"/> 人口鼻の交換 <input type="checkbox"/> ガーゼ交換 <input type="checkbox"/> 固定ひも（の確認） <input type="checkbox"/> スピーチバルブの使用	
留意点		
緊急時の対応	<事故抜去時> ・気管カニューレ抜去後（5分以内・30分以内・1時間以内）に、生命が危険となるおそれあり。 ・気管カニューレ抜去後（5分以内・30分以内・1時間以内）に、再挿入が困難となるおそれあり。 <抜去後の具体的な対応> <緊急搬送の判断基準>	

[別紙4]

○医療的ケアの内容（吸入）

実施内容				
吸入内容	<input type="checkbox"/> 定時	時間	薬剤名	流量
	<input type="checkbox"/> 随時	吸入が必要な体調		
留意点				
緊急時の対応				

○医療的ケアの内容（酸素療法）

実施内容			
方法	<input type="checkbox"/> 経鼻カニューレ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 酸素マスク <input type="checkbox"/> その他（	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ)
実施時間	<input type="checkbox"/> 常時	流量 リットル/分	
	<input type="checkbox"/> 随時	流量 リットル/分	
		酸素吸入が 必要な体調	
		停止する目安	
酸素増量の指示	①SpO ₂ 値（ %）以下の場合、流量（ リットル/分） に増量 ②SpO ₂ 値が改善されない状態が（ 分）継続した場合、 流量（ リットル/分）ずつ増量 ③最大酸素流量（ リットル/分）まで増量可能		
留意点			
緊急時の対応			

○医療的ケアの内容（血糖測定・インスリン注射）

実施内容		
血糖測定・ インスリン 注射	時間帯	血糖値と対応（補食・インスリン注射（※投与量含む））
随時測定	目安となる体調	
	血糖値と対応	
留意点		
緊急時の対応		

○医療的ケアの内容（人工呼吸器）

実施内容		
呼吸器	機種	
	設定	
自発呼吸	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 人工呼吸器を外していただける時間（ 分程度）	
装着する 時間帯	<input type="checkbox"/> 常時	<人工呼吸器の脱着> <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 更衣や移乗時（ ）のみ可
	<input type="checkbox"/> 定時	<装着する時間>
	<input type="checkbox"/> 体調不良時	<装着が必要な体調> SpO2値 %以下で 分継続
	<input type="checkbox"/> その他	
留意点 ※喀痰吸引のタイミ ング等に関しては 【別紙2】でコメント 願います。		
緊急時の対応	<SpO2低下、呼吸困難、機器の故障等の対応> <緊急搬送時の判断基準> ●搬送先 : ●担当医 : 科 ●TEL :	

○医療的ケアの内容（導尿）

<p>実施内容</p>	<p>カテーテルの種類 () サイズ () Fr 尿道に挿入する長さ () cm 用手圧迫 (可・不可)</p> <p>実施時間 (:) (:) (:)</p>
<p>留意点 ※特に、注意を要する尿の性状や混濁が持続する場合の対応についてコメント願います。</p>	
<p>緊急時の対応</p>	

[別紙9]

○医療的ケアの内容（ ）

実施内容	
留意点	
緊急時の対応	