

医療的ケア実施に関する主治医意見書兼指示書

基礎情報				
対象者 氏名		性別		生年月日
診断名 (基礎疾患名)		主症状	*視覚障害、聴覚障害の診断や症状がある場合には、視力や聴力の程度(数値)も記入。	
合併疾患 ( )				
治療経過				
発病(発見)	年 月 日 ( 歳 ヶ月)		経過観察	<input type="checkbox"/> あり[頻度: 回/ ] <input type="checkbox"/> なし
手術	なし・あり			
	年 月 ~ ( 歳 ヶ月)	内容		
	年 月 ~ ( 歳 ヶ月)	内容		
	予定 年 月 ~ ( 歳 ヶ月)	内容		
リハビリ	なし・あり			
	年 月 ~ ( 歳 ヶ月)	内容		
	年 月 ~ ( 歳 ヶ月)	内容		
与薬	なし・あり *看護師の配置がない場合は与薬は行いません。			
	処方内容 (薬名、与薬回数、与薬方法等)			
必要な医療的ケア				
医療的ケアの実施内容	※医療的ケアの実施内容を記載ください。 <input type="checkbox"/> たん吸引 ( 口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( 胃ろう ・ 腸ろう ・ 経鼻 ) <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他 ケアの頻度、使用器具等、処理、管理上の注意などを記入してください。			

実施行為の種類	
<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の喀痰吸引
<input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻胃管)	<input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養
具体的指示内容	<input type="checkbox"/> 鼻、口からの吸引 吸引カテーテルのサイズ ( ) Fr. 吸引圧 ( ) kPa 程度まで 鼻からの挿入の長さ ( ) cm 口からの挿入の長さ ( ) cm 注意点など [ ] ※持続吸引について 吸引カテーテルのサイズ ( ) Fr. 吸引圧 ( ) kPa 部位 ( <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 口 ) 挿入の長さ ( ) cm 注意点など [ ] <input type="checkbox"/> 気管カニューレからの吸引 (または気管内吸引) 吸引カテーテルのサイズ ( ) Fr. カニューレ入口からの挿入の長さ ( ) cm 吸引圧 カニューレ内 ( ) kPa 程度まで 注意点など [ ] <input type="checkbox"/> 経鼻エアウェイからの吸引 吸引カテーテルのサイズ ( ) Fr. 吸引圧 ( ) kPa 程度まで エアウェイからの吸引カテーテル挿入長さ ( ) cm 注意点など [ ]
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 種類 <input type="checkbox"/> 鼻腔留置チューブ サイズ ( ) Fr. 挿入長さ ( ) cm <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 栄養剤注入 実施時間 ( : ) ( : ) 内容 ( ) 1回量 ( ) ml 注入時間 ( ) 分程度 <input type="checkbox"/> 胃残量が ( ) ml 未満のときは そのまま予定量を注入する <input type="checkbox"/> 胃残量が ( ) ml 以上 ( ) ml 未満の時 ( ) <input type="checkbox"/> 胃残量が ( ) ml 以上のとき ( ) <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある (褐色・黄色・緑色) 場合は ( ) <input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 ( ) <input type="checkbox"/> 水分注入 実施時間 ( : ) ( : ) 内容 ( ) 1回量 ( ) ml 注入時間 ( ) 分程度 <input type="checkbox"/> 胃残量が ( ) ml 未満のときは そのまま予定量を注入する <input type="checkbox"/> 胃残量が ( ) ml 以上 ( ) ml 未満の時 ( ) <input type="checkbox"/> 胃残量が ( ) ml 以上のとき ( ) <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある (褐色・黄色・緑色) 場合は ( ) <input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 ( ) <input type="checkbox"/> 薬剤注入 実施時間 ( : ) 注意点など [ ] <input type="checkbox"/> 胃からの脱気 脱気のタイミング <input type="checkbox"/> 注入前 <input type="checkbox"/> 注入中 <input type="checkbox"/> 注入後 <input type="checkbox"/> その他 ( : ) ( : )

実施行為の種類	<input type="checkbox"/> 気管切開部の衛生管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう部の衛生管理 <input type="checkbox"/> 経鼻エアウェイの管理 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 薬液吸入	
具体的指示内容	<input type="checkbox"/> 衛生管理 <input type="checkbox"/> 気管切開部の	<input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 咽頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 肉芽について <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> カニューレの種類 ( ) 内径 ( ) mm 入口から先端までの長さ ( ) cm カニューレ抜去時や、気管切開部・気管内出血への対応など [ ]
	<input type="checkbox"/> の衛生管理 <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう部	<input type="checkbox"/> ①ボタン・チューブの種類 ( ) サイズ ( ) Fr. ( ) cm 挿入 バルンの水の量 ( ) ml Yガーゼ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ②ボタン・チューブの種類 ( ) サイズ ( ) Fr. ( ) cm 挿入 バルンの水の量 ( ) ml Yガーゼ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 チューブ抜去時の対応など [ ]
	<input type="checkbox"/> 経鼻エアウェイ	<input type="checkbox"/> 挿入・抜去 挿入長さ ( ) cm エアウェイの種類 ( ) 内径 ( ) mm 注意点など [ ]
		<input type="checkbox"/> 管理 注意点など [ ]
	<input type="checkbox"/> 導尿	実施時間 ( : ) ( : ) ( : ) 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 ( <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ) その場合の圧迫の強さの程度 <input type="checkbox"/> 強 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 弱 注意点など [ ]
	<input type="checkbox"/> 薬液吸入 <input type="checkbox"/> 定時の	実施時間 ( : ) ( : ) 吸入薬内容/量 ( ) を ( ) ml ( ) を ( ) ml 注意点など [ ]
<input type="checkbox"/> その他のケア		

- ・ 期間について特に指定のない場合は、1年ごとに更新の指示をいただきます。
- ・ 意見・指示について、欄内に記入できない場合は、別紙に記入をお願いします。
- ・ 当該年度に意見書・指示書を提出している場合、変更のない項目の記載は省略可能です。
- ・ 作成いただきました意見書・指示書を確認し、質問等が生じた場合は、保護者を経由するなどして、内容を確認させていただくことがあります。
- ・ 指示事項の変更が生じる場合は、意見書・指示書の再発行をお願いします。

緊急搬送先医療機関名：

所在地：

TEL：

担当医師名：

(宛先) 目黒区教育委員会

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

主治医名

(自署又は記名押印)

※ 指示期間の更新

指示内容に変更はありませんので、指示期間を	年	月	日まで更新します。
			年 月 日
医療機関名			
主治医名			(自署又は記名押印)

指示内容に変更はありませんので、指示期間を	年	月	日まで更新します。
			年 月 日
医療機関名			
主治医名			(自署又は記名押印)

【緊急時の対応】

【医療的ケア実施に関する留意事項】

【その他特記事項】