

目黒区立学童保育クラブにおける医療的ケア実施要綱

令和7年3月31日付け目子第17107号決定

(目的)

第1条 この要綱は目黒区学童保育クラブにおける医療的ケアについて、必要な基準等を定め、事業の適正かつ円滑な運営を図ることを目的とする。

(医療的ケア)

第2条 この要綱によって実施する医療的ケアは、治療目的でない医療的な行為のうち次に掲げるものをいう。ただし、医療的ケアの頻度が学童保育クラブにおける活動の妨げにならない程度の場合に限る。

- (1) 口腔内の喀痰吸引
- (2) 鼻腔内の喀痰吸引
- (3) 気管カニューレ内部の喀痰吸引
- (4) 経管栄養（経鼻胃管）
- (5) 胃ろうによる経管栄養
- (6) 腸ろうによる経管栄養
- (7) その他、厚生労働省が定めた医療的ケアのうち、区長が認めたもの。

(対象者)

第3条 医療的ケアを受けることができる者は、医療的ケアの実施を申請したもののうち、目黒区学童保育クラブ医療的ケア児対応会議で、学童保育クラブにおける医療的ケアの実施の決定を受けた者とする。

(目黒区学童保育クラブ医療的ケア児対応会議)

第4条 この要綱に基づく医療的ケアの実施に関する基準づくり及び適正な実施を確保するため、目黒区学童保育クラブ医療的ケア児対応会議（以下「医ケア児対応会議」という。）を置く。

- 2 医ケア児対応会議は学童保育クラブの入所申請書の中で医療的ケアの申請があった場合、障害児保育協議会（学童保育クラブにおける障害児等の対応基準第7に記載。障害児等の学童保育クラブ入所及び退所に関すること、障害児の保護育成に関することについて協議する）による保育観察資料、主治医の医療的ケアに関する指示書及び意見書に基づき、医療的ケア児に係る入所の適否及び保護育成に関する必要な事項を協議する。
- 3 医ケア児対応会議は入所申請が出された後、①入所に関すること②夏休みの生活に関すること（入所時の学年のみ）③学年進級に関すること、1年に2～3回及び必要に応じて医療的ケアの実施に関する状況の評価、学童保育クラブにおける医療的ケアの実施内容等について協議する。
- 4 医ケア児対応会議は医療的ケアの実施の評価に基づいて、医療的ケアの継続の適否等について協議する。

(医ケア児対応会議の構成)

第5条 医ケア児対応会議は次に掲げる者をもって構成する。

- (1) 放課後子ども対策担当課長
- (2) 子ども若者課放課後子ども事業担当係長
- (3) 子ども若者課放課後子ども事業担当係障害児担当
- (4) 障害児保育協議会担当館長
- (5) 障害児保育協議会担当職員
- (6) 障害児対応部会担当館長

- (7) 医療的ケア児の入所希望又は在籍学童保育クラブ施設館長
- (8) 医療的ケア児の入所希望又は在籍学童保育クラブ職員
- (9) 医療的ケア児の入所希望又は在籍学童保育クラブ看護師
- (10) その他放課後子ども対策担当課長が指名する者
(委員長等)

第6条 医ケア児対応会議に委員長を置く。

- 2 委員長は放課後子ども対策担当課長とする。
- 3 委員長は委員会を招集し、会議を主宰する。
- 4 委員長に事故があるときは、あらかじめ委員長が指名する委員がその職務を代理する。
- 5 委員会の事務局は、放課後子ども事業担当係とする。

(医療的ケアの実施申請及び必要書類)

第7条 医療的ケアを希望する児童の保護者は、医療的ケア実施申請書(別記第1号様式)に、医療的ケアを要する児童に関する主治医意見書(別記第2号様式)、主治医による医療的ケア指示書(別記第3号様式)、医療的ケア実施同意書(別記第4号様式)を添付し目黒区長宛てに申請を行うものとする。

(医療的ケアの実施決定)

第8条 医ケア児対応会議は、申請の内容、医療的ケアを要する児童に関する主治医意見書、主治医による医療的ケア指示書、医療的ケア実施同意書及び障害児保育協議会による保育観察の状況等を確認し、医療的ケアの実施の可否及び実施内容並びに実施に対する配慮事項等を決定する。

(医療的ケアの実施者)

第9条 医療的ケアの実施者は、学童保育クラブに勤務する看護師及び都道府県喀痰吸引等研修の第3号研修を修了した認定特定行為業務従事者(社会福祉士及び介護福祉士法(昭和62年法律第30号)附則第3条に規定)である職員で、医師の指示により行うものとする。

(医療的ケアの受け入れに対する職員配置)

第10条 医療的ケア児の学童保育クラブ入所に伴い、医療的視点で看護師、保育的視点で職員の配置を行うこととする。

(医療的ケアの実施)

第11条 学童保育クラブ利用が決定後、医療的ケアの実施に当たっては、保護者に医療的ケア実施決定通知書(別記第5号様式)により、実施決定及び内容について通知する。実施学童保育クラブにおいては、医療的ケア実施計画書(別記第6号様式)を保護者の同意のもとに作成し、目黒区長に提出する。学童保育クラブ看護師及び職員は日常生活において、医療的ケアを要する児童の状態を常に観察し、異変等への注意を払い、状況に応じて主治医と連携し、児童が活動の中で負担が生じないように支援する。また、緊急時の対応マニュアルを備え、日々の医療的ケアについて記録するものとする。

- 2 医療的ケア実施学童保育クラブは、1年に1回医療的ケア実施計画書に基づいた医療的ケア実施状況報告書(別記第7号様式)を作成し、当該学童保育クラブの医療的ケアの評価を目黒区長に報告する。

(医療的ケアの中止及び終了)

第12条 医療的ケアの実施について、以下の場合には医療的ケア終了届(別記第8号様式)を提出し、実施を中止又は終了することとする。

- (1) 主治医から、医療的ケアの中止又は終了の指示があった場合
- (2) 保護者から、医療的ケアの中止又は終了の申し出があった場合

- (3) 体調等の理由から、医療的ケアの実施が不相当と判断された場合
- (4) 医療的ケアの内容の変更により、医療的ケア実施計画書の内容が異なる場合
(保護者の義務)

第13条 医療的ケア実施にあたり、保護者は以下の各号を遵守しなければならない。

- (1) 医療的ケアの内容等に変更がある場合や保護者から要請があった場合は、速やかに主治医の医療的ケアに関する指示書及び意見書を再提出するなど、必要な情報提供に応じること。
- (2) 児童の体調を把握し、学童保育クラブに報告すること。
- (3) 医療的ケアの実施に伴う緊急時の対応等について、主治医との連携を図ること。医師の意見書に記載された主治医による「体調不調時の指標と対応策」の指示に応じること。
- (4) 緊急時等に備え、常時連絡の取れる体制を整えること。
- (5) 原則として医療的ケアに要する医療器材や消耗品を用意すること。
- (6) やむを得ない事情により看護師等が不在となる際は、実施施設の求めに応じて、保護者は必要な協力を行うこと。

(報告)

第14条 医療的ケアの実施状況については、ケア実施状況に関する日々の記録の保管及び個別支援計画作成時にまとめ、必要に応じ医ケア児対応会議に報告する。

(補則)

第15条 この要綱に定めるもののほか、医療的ケアの実施に関し必要な事項は別に定める。

付 則 (平成30年11月1日 目子子第7707号)

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。ただし、医療的ケア実施決定に係る手続きは、平成30年11月1日から施行する。

付 則 (令和2年2月1日 目子子第9789号)

この要綱は、令和2年2月1日から施行する。

付 則 (令和3年4月1日 目子子第7918号)

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

付 則 (令和7年3月31日 目子子第17107号)

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

医療的ケア実施申請書

目黒区長 宛て

申請者

住所

保護者氏名

目黒区立学童保育クラブにおいて、医療的ケアの実施を下記のとおり申請します。なお、医療的ケアの実施に関する限り、区が申請児童の個人情報の利用並びに主治医等への情報提供及び問い合わせを行うことを同意します。

記

1 医療的ケアの実施を申請する児童

ふりがな 児童名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年齢	歳
主たる疾患名			
申請先施設名			

2 申請する医療的ケア（該当するケアに☑を、項目を○で囲んでください。）

- ☐ 口腔内の喀痰吸引
☐ 鼻腔内の喀痰吸引
☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引
☐ 経管栄養（経鼻胃管）
☐ 胃ろうによる経管栄養
☐ 腸ろうによる経管栄養
☐ その他

3 主治医について

医療機関名	
医療機関住所等	TEL — —
診療科・主治医	科

年 月 日

医療機関名

醫師名 _____ 印 _____

1 児童名

2 診断名

- ☐ 口腔内の喀痰吸引
- ☐ 鼻腔内の喀痰吸引
- ☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引
- ☐ 経管栄養（経鼻胃管）
- ☐ 胃ろうによる経管栄養
- ☐ 腸ろうによる経管栄養
- ☐ その他

身長 (cm) 体重 (kg)
 体温 度 S P O₂ (酸素飽和度) (%)

体温	度以上	度以下
SPO ₂ (酸素飽和度)	%	以下
その他		

*緊急時の状況（ ）

集団保育、施設での対応が ☐ 可能 ・ ☐ 不可能
 (その理由を記入してください。)

・ 館外活動（遠足等） 可能（配慮事項）
不可能

- ・プールや水遊び 可能（配慮事項）
不可能
- ・食事（配慮事項）
- ・排泄（配慮事項）
- ・移動（配慮事項）

8 ケアを実施するうえで、特に留意すること

第3号様式

医療的ケア指示書（喀痰吸引等）		
施設名		学童保育クラブ
児童名	氏名	
	生年月日	
	主たる疾患名	
指示内容	利用者・家族から申請された医療的ケアの内容	
	☐ 口腔内の喀痰吸引 ☐ 鼻腔内の喀痰吸引 ☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ☐ 経管栄養（経鼻胃管） ☐ 胃ろうによる経管栄養 ☐ 腸ろうによる経管栄養 ☐ その他	
	気管カニューレ	術式（単純気管切開 ・ 喉頭気管分離） カテーテルの種類・サイズ（ ） ・ 外径 mm） カフ（有 ml ・ 無） カテーテル抜去時の対応 【
	吸引	吸引カテーテルのサイズ（ ） Fr. 吸引圧（ ） kPa 以下 口腔内：挿入の長さ（ ） cm 吸引頻度（ ） 鼻腔内：挿入の長さ（ ） cm 吸引頻度（ ） 気管切開孔：挿入の長さ（ ） cm 吸引頻度（ ） ※注意点等 【
内容	経管栄養	☐ 経鼻胃管留置カテーテル カテーテルの種類（ ） サイズ（ ） Fr. 挿入長さ（ ） cm ☐ 胃ろう カテーテルの種類（ ） サイズ（ Fr cm） 固定水（ ） ml ☐ 栄養剤・水分の注入 ◎実施時間（ ）：（ ） 内容・量（ ） 注入方法 ☐ 滴下 注入時間（ ） ～ （ ） ☐ ショット注入 とろみ剤（有 ・ 無） ☐ 1回全量注入 ☐ 分割注入 1回（ ） ml（ ） 間隔で注入 合計（ ） ml

経 管 栄 養	◎実施時間（ ）：（ ） 内容・量（ ） 注入方法 ☐ 滴下 注入時間（ ）～（ ） ☐ ショット注入 とろみ剤（有 ・ 無） ☐ 1回全量注入 ☐ 分割注入 1回（ ）ml（ ）間隔で注入 合計（ ）ml
	◎実施時間（ ）：（ ） 内容・量（ ） 注入方法 ☐ 滴下 注入時間（ ）～（ ） ☐ ショット注入 とろみ剤（有 ・ 無） ☐ 1回全量注入 ☐ 分割注入 1回（ ）ml（ ）間隔で注入 合計（ ）ml
	◎実施時間（ ）：（ ） 内容・量（ ） 注入方法 ☐ 滴下 注入時間（ ）～（ ） ☐ ショット注入 とろみ剤（有 ・ 無） ☐ 1回全量注入 ☐ 分割注入 1回（ ）ml（ ）間隔で注入 合計（ ）ml
	*胃残量が（ ）未満の時はそのまま予定量を注入する。 *胃残量が（ ）ml以上（ ）ml未満の時（ ） *胃残量が（ ）ml以上の時 （ ） *胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）の場合は （ ） *その他胃残の性状に異常がある場合の対応（ ）
	☐ 内服薬注入 ※別途投薬指示書が必要 実施時間（ ）：（ ） 種類・量（ ） ※注意点等【 】
	☐ 胃からの脱気 脱気のタイミング 注入前 注入中 注入後 その他（ ）： ※注意点等【 】
	☐ カテーテル・胃ろう抜去時の対応等 【 】

	☐ 緊急時の対応（予測される事態、必要な処置等）
	☐ 学童保育クラブの生活上及び医療的ケア実施に関する留意事項、配慮事項（指示・助言）
	☐ その他

目黒区長宛て

年
月
日

医療的ケアについて、下記のとおり指示いたします。

指示期間（
年
月
日～
年
月
日）

なお、児童の状況により、学童保育クラブから指示内容の確認を直接医療機関に行う場合があることを了承します。

医療機関名

医師名
印

住 所

電 話

※本様式については、医療機関が独自に発行する指示書様式に代えることができる。

年 月 日

医療的ケア実施同意書

目黒区長 宛て

申請者

住所 _____

保護者氏名 _____

目黒区立学童保育クラブで実施する医療的ケアについて下記の事項に同意します。

記

1 医療的ケアの実施を申請する児童

児童名		年齢	歳
生年月日	年 月 日		

2 医療的ケアの内容

3 医療的ケア実施学童保育クラブ

目黒区立

学童保育クラブ

4 医療的ケア実施条件

- (1) 保護者が「医療的ケアを要する児童に関する主治医意見書」及び「医療的ケア指示書」の作成を主治医に依頼し、目黒区長に提出する。
- (2) 学童保育クラブが必要と認める場合、保護者の費用負担で主治医等を受診することを了承する。
- (3) 児童の状況により、学童保育クラブから指示内容の確認を直接医療機関に行う場合がある旨を医療機関に依頼し承諾を得る。
- (4) 保護者が医療的ケアに必要な器具を清潔な状態に保ち、実施学童保育クラブへ持参する。
- (5) 保護者が医療的ケアに必要な器具および消耗品を準備する。
- (6) カテーテルの交換、装着は保護者が自己の責任の下、自宅や受診時に行う。
- (7) 緊急時に備え、連絡先を実施学童保育クラブに伝達し、常時連絡がとれる体制を整える。

- (8) 災害時対策として、1日分の薬と食事（栄養剤）、予備の物品を学童保育クラブに常備する。
- (9) 対象児童の実施学童保育クラブへの送迎については、保護者が手配し、責任を持つ。
- (10) やむを得ない事情により看護師等が不在となる際は、実施学童保育クラブの求めに応じて、保護者は必要な協力を行う。また、医療的ケア実施の体制がとれない場合は医療的ケアを行えないことがあることを了承する。
- (11) 出欠席や児童の体調等についての連絡を実施学童保育クラブと密に行う。
- (12) 学校と実施学童保育クラブが連絡を密に行い、必要に応じて連携を行うことを承認する。また、集団保育を実施する上で必要な範囲で、他の児童の保護者との間で共有する場面があることを了承する。
- (13) 館外行事等への参加については、その都度実施学童保育クラブと協議する。体調などの状況によっては参加を見合わせることや保護者の協力をお願いする事を了承する。

上記に記載のない実施条件については、必要に応じて放課後子ども対策担当課長と協議の上、決定する。

年 月 日

様

目黒区長

医療的ケア実施決定通知書

先に申請があった医療的ケアの実施について、下記のとおり決定しましたので通知します。
実施にあたりまして、下記の留意事項をご確認頂き、ご協力をお願いいたします。なお、入所に向けて個別に面談をさせて頂きたいと思いますのでご協力のほど、よろしくお願い致します。

記

- 1 児童名 _____ 性別 男 ・ 女
- 2 学童保育クラブ名
- 3 実施するケアの内容、項目、範囲
「医療的ケアを要する児童に関する主治医意見書（第2号様式）」及び「医療的ケア指示書（第3号様式）」に基づき、実施学童保育クラブに配置された看護師及び第3号研修受講職員が実施する。
- 4 実施期間 年 月 日～ 年 月 日
- 5 医療的ケア実施条件
 - (1) 保護者が「医療的ケアを要する児童に関する主治医意見書」及び「医療的ケア指示書」の作成を主治医に依頼し、目黒区長に提出する。
 - (2) 学童保育クラブが必要と認める場合、保護者の費用負担で主治医等を受診することを了承する。
 - (3) 児童の状況により、学童保育クラブから指示内容の確認を直接医療機関に行う場合がある旨を医療機関に依頼し承諾を得る。
 - (4) 保護者が医療的ケアに必要な器具を清潔な状態に保ち、実施学童保育クラブへ持参する。
 - (5) 保護者が医療的ケアに必要な器具および消耗品を準備する。
 - (6) カテーテルの交換、装着は保護者が自己の責任の下、自宅や受診時に行う。
 - (7) 緊急時に備え、連絡先を実施学童保育クラブに伝達し、常時連絡がとれる体制を整える。
 - (8) 災害時対策として、1日分の薬と食事（栄養剤）、予備の物品を学童保育クラブに常備する。
 - (9) 対象児童の実施学童保育クラブへの送迎については、保護者が手配し、責任を持つ。

- (10) やむを得ない事情により看護師等が不在となる際は、実施学童保育クラブの求めに応じて、保護者は必要な協力を行う。また、医療的ケア実施の体制がとれない場合は医療的ケアを行えないことがあることを了承する。
- (11) 出欠席や児童の体調等についての連絡を実施学童保育クラブと密に行う。
- (12) 学校と実施学童保育クラブが連絡を密に行い、必要に応じて連携を行うことを承認する。また、集団保育を実施する上で必要な範囲で、他の児童の保護者との間で共有する可能性があることを了承する。
- (13) 館外行事等への参加については、その都度実施学童保育クラブと協議する。体調などの状況によっては参加を見合わせることや保護者の協力をお願いする事を了承する。

上記に記載のない実施条件については、必要に応じて放課後子ども対策担当課長と協議の上、決定する。

以 上

〈連絡先〉

放課後子ども対策課放課後子ども事業係
担当

5 7 2 2 - 9 8 6 1

医療的ケア実施計画書

児 童 名			
学童保育クラブ名	学童保育クラブ		
医療的ケアの種類	☐ 口腔内の喀痰吸引 ☐ 鼻腔内の喀痰吸引 ☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ☐ 経管栄養（経鼻胃管） ☐ 胃ろうによる経管栄養 ☐ 腸ろうによる経管栄養 ☐ その他		
開 始 月 日	学童保育クラブ利用開始日から		
主たる医療的ケア 担 当 者			
実 施 手 順 及び必要機器類等	別紙のとおり		
不 緊 調 急 時 の 体 対 調 応 の	体 調 不 調 時 の 指 標	S P O ₂ (酸素飽和度) %以下 / 体温 度以下 度以上	
	対 応 内 容		
看護師等の不在時 の 対 応	学童保育クラブで医療的ケアを行えません。（当日の状況等によりご相談をさせていただきます。）		
そ の 他	医療的ケアの安全を確保するためにも、毎日の体調の確認をお願いいたします。 また、体調不調が見られた場合には学童保育クラブはお休みをお願いいたします。		
連 絡 先	電話		

※本実施計画記載内容に変更が生じた場合は双方で協議します。

上記の内容で医療的ケアを実施いたします。

年 月 日

目黒区長

印

上記の内容で医療的ケアを実施することを確認いたしました。

年 月 日

保護者

実施手順書

1 使用機器・薬品等（ご本人が用意する物）

品 名	数 量	持ち込み・保管方法

2 手 順

時 間	処 置	方 法

対応確認票

(第6号様式別紙2)

[illegible]

第 7 号様式

年 月 日

目黒区長 宛て

() 学童保育クラブ
館長名

医療的ケア実施状況報告書

児 童 名 ・ 学 年	
入 所 年 月 日	年 月 日
医 療 的 ケ ア の 種 類	☐ 口腔内の喀痰吸引 ☐ 鼻腔内の喀痰吸引 ☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 ☐ 経管栄養（経鼻胃管） ☐ 胃ろうによる経管栄養 ☐ 腸ろうによる経管栄養 ☐ その他
医 療 的 ケ ア 実 施 開 始 年 月 日	年 月 日
実 施 状 況 （ 概 要 ）	
課 題	

年 月 日

医療的ケア 終了届

目黒区長 宛て

申請者

住所

保護者氏名

目黒区立学童保育クラブにおいて、保育中の医療的ケアの実施が必要なくなりましたので、保育中での医療的ケアを終了することを申請します。

記

1 医療的ケアの終了を申請する児童

ふりがな 児童名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年齢	歳
主たる疾患名			
学童保育クラブ名			

2 終了する医療的ケア（該当するケアに☑を、項目を○で囲んでください。）

- ☐ 口腔内の喀痰吸引
- ☐ 鼻腔内の喀痰吸引
- ☐ 気管カニューレ内部の喀痰吸引
- ☐ 経管栄養（経鼻胃管）
- ☐ 胃ろうによる経管栄養
- ☐ 腸ろうによる経管栄養
- ☐ その他

3 主治医について

医療機関名	
医療機関住所等	TEL — —
診療科・主治医	科
主治医より終了にあ たっての留意事項	

医療的ケア「血糖値測定及びその後の処置（インスリンポンプ）」に関する指示書

施設名	学童保育クラブ		生年月日	
児童名			主たる疾患名	
血液感染症検査の結果	HBs 抗原 ()	HBs 抗体 ()	HBe 抗原 ()	HBs 抗原陽性の場合 検査を実施する
検査日：年月日	HIV 抗体 ()	HCV 抗体 ()		
インスリン投与の方法		インスリンポンプ		
使用機器等	インスリンにかかわる機器名			
	血糖値測定器名・穿刺器具名			
	インスリン名			

「血糖値測定及びその後の処置」について、下のとおり指示する。

1 定時の血糖値測定について

(1) 測定時間

測定時間（ボーラスを実施する回は○で囲む）	③	②	③
	④	⑤	⑥

(2) ボーラスの設定

ボーラスの設定	【最大ボーラス： 】
---------	----------------------

(3) 測定後の処置

ア [] の時の対応

	対応方法※	血糖値の範囲	インスリン投与量、経口・経管等の対応	備 考
高 	危険値			
	要対応値			
	要対応値			
	標準値			
	要対応値			
	要対応値			
低	危険値			

イ [] の対応

	対応方法※	血糖値の範囲	インスリン投与量、経口・経管等の対応	備 考
高 	危険値			
	要対応値			
	標準値			
	標準値			
	要対応値			
	要対応値			
低	危険値			

2 条件による測定について

血糖値測定が 必要となる条件	
-------------------	--

(現在のインスリン治療について)

--

3 緊急時の対応について

--

4 その他（特記事項等）

--

記入日： 年 月 日

医療機関名

主治医名

医療的ケア「血糖値測定及びその後の処置（ペン型簡易注射器）」に関する指示書（別紙）

施設名	学童保育クラブ		生年月日	
児童名			主たる疾患名	
血液感染症検査	HBs 抗原 ()	HBs 抗体 ()	HBe 抗原 ()	HBs 抗原陽性の場合 検査を実施する
検査日： 年 月	HIV 抗体 ()	HCV 抗体 ()		
インスリン投与の方法		ペン型簡易注射器		
使用機器等	インスリンにかかわる機器名			
	血糖値測定器名・穿刺器具名			
	インスリン名	基礎インスリン () ポーラスインスリン ()		

「血糖値測定及びその後の処置」について、下のとおり指示する。

1 定時の血糖値測定について

(1) 測定時間

測定時間	①	②	③
	④	⑤	⑥

(2) 測定後の処置

① [] の対応

	対応方法※	血糖値の範囲	インスリン投与量、経口・経管等の対応	備 考
	危険値			
	要対応値			
	標準値			
	要対応値			
	危険値			

② [] の対応

	対応方法※	血糖値の範囲	インスリン投与量、経口・経管等の対応	備 考
	危険値			
	要対応値			
	要対応値			
	標準値			
	要対応値			
低	危険値			

③ [] の対応

	対応方法※	血糖値の範囲	インスリン投与量、経口・経管等の対応	備 考
	危険値			
	要対応値			
	標準値			
	標準値			
	要対応値			
低	危険値			

2 条件による測定について

血糖値測定が 必要となる条件	
-------------------	--

(現在のインスリン治療について)

4 緊急時の対応について

5 その他（特記事項等）

記入日： 年 月 日

医療機関名：

主治医名：