（様式第５号）　　　　　　　　　　　　　　　　**医療的ケア指示書**

**１**　**指示事項（必要なケアにチェックを入れて、具体的に指示事項及び注意事項を記入）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　指示期間：令和　　年　　月　　日　～　　令和　　年３月31日　（１年以内）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童生徒氏名 | |  | 診断名 |  |
| 吸　　引 | 鼻腔　　　口腔　　　気管カニューレ   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 吸引カテーテルサイズ |  | Fr |  | 挿入長さ (鼻腔) |  | cm | (気管カニューレ) |  | cm |   **【その他の指示事項及び注意事項】** | | | |
| 経　管　栄　養 | 経鼻胃管　　　胃ろう　　　腸ろう   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 栄養チューブサイズ |  | Fr |  | 挿入長さ |  | cm |   　栄養及び水分注入   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 時　　間 | 内　　　容 | 量 | 速　　度 | |  |  |  |  |   　薬剤注入   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 時　間 |  | 薬剤名 |  |   **【その他の指示事項及び注意事項】** | | | |
| 導　　尿 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | カテーテルサイズ |  | Fr |  | 挿入長さ |  | cm | 実施時間 |  |   【**その他の指示事項及び注意事項**】 | | | |
| その他 |  | | | |

**２　緊急時の対応**

|  |
| --- |
| 〇緊急時の目安・対応：  〇緊急搬送先： |

令和　　　年　　月　　日

　　　　岩手県立　　　　　　支援学校長　様

　　　　　上記のとおり指示します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  |  | 担当主治医名 |  |  |