

利用児(日中一時支援・短期入所)の医療的ケアに関する指示書

氏名	様(男・女)	生年月日	年 月 日生	歳
診断名	(生活習慣病などの内科的疾患を含む)		アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> アレルギー :	症状 :
指 示 事 項			実施内容・留意事項	
<input type="checkbox"/> てんかん発作	発作時の対応 <input type="checkbox"/> 座薬挿入 ( ) <input type="checkbox"/> 補助換気 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		実施の目安 :	
<input type="checkbox"/> 酸素吸入	<input type="checkbox"/> 常時使用 ( )ℓ <input type="checkbox"/> 体調変化時のみ使用 <input type="checkbox"/> 酸素マスク <input type="checkbox"/> 経鼻カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( )		実施の目安 : SpO2 %以下で O2 ( )ℓ から開始	
<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養法 ( )Fr <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他 ( )		注入内容 : 1回注入量 : ml 所要時間 : 分	
<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 口鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管 <input type="checkbox"/> 持続吸引			
<input type="checkbox"/> 噴霧吸入	<input type="checkbox"/> 常時吸入 <input type="checkbox"/> 体調変化時のみ吸入 <input type="checkbox"/> その他		吸入内容 :	
<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他		( ) 時間毎 1回の尿量 : 約 ml カテーテル : Fr	
<input type="checkbox"/> 発熱時の処置			薬剤名・量 : 実施の目安 :	
<input type="checkbox"/> 便秘時の処置			薬剤名・量 : 実施の目安 :	
<input type="checkbox"/> 不眠・途中覚醒時の処置			薬剤名・量 : 実施の目安 :	
<その他>				

医療機関名

令和 年 月 日

主治医名

希望が丘こども医療福祉センター

令和 年 月 日

主治医名