（別紙様式２　幼・小・中学校用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年（　　　　年）　　　月　　　日

西宮市教育委員会　様

西宮市立 長　　様

医療的ケア実施指示書

幼児児童生徒に係る医療的ケアの実施について、医療的ケアに従事する看護師に下記の事項を指示します。

記

１　幼児児童生徒名

２　診断名（障害名）

３　意見内容（指示内容）必要な事項にチェックし、必要に応じて内容等記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療的ケア等の内容 | 実施方法 | 緊急時の対応 |
| □　吸引  □　口腔内  （　　）Fr・挿入（　　）cmまで  □　鼻腔内  （　　）Fr・挿入（　　）cmまで  □　気管カニューレ内  （　　）Fr・挿入（　　）cmまで  気管カニューレサイズ（　　　）Fr | 左記の他に具体的な指示があれば、ご記入ください。 | カニューレ抜去時は |
| □　経管栄養  □　経鼻腔  □　経胃ろう  □　経腸ろう  □　その他（　　　　　　　　　） | チューブ  （　　　）Fr・挿入長さ（　　）cm  栄養剤名（　　　　　　）を  量（　　　）ｍｌ（　　　）分かけて注入。 | チューブ抜去時は |
| □　薬液吸入  □　定時の吸入  時間（　　　　　　　　　　　　）  □　体調の変化による吸入 |  |  |
| □　てんかん発作の有無と状況  てんかん発作（　有　・　無　）  発作の型と頻度 | 発作時の対応  　薬剤名（　　　　　　　　　　　）  　量（　　）mgを（　　　）個  　必要な状況および注意点 | 救急搬送の目安 |
| □　その他の医療的ケア及び連絡事項  例：導尿、浣腸、酸素吸入、人工呼吸器（CPAP含む）等 |  |  |
| 生活上の注意事項 | | |

（記入日）　　　　　年　　　　月　　　　日

（医療機関名）

住所：

電話番号：

（主治医名）