

年 月 日

敦賀市長 様

(医療機関名)

(医師名)

(所在地)

(連絡先)

医療的ケアに関する指示書

対象児童に対する医療的ケアについて、指示書を提出します。

児童名		男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
医療的ケアの内容	実施方法	指示内容及び配慮事項				
気管切開	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	カニューレ製品名() 交換頻度 1回/				
酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	流量(リットル/分) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内				
人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類 <input type="checkbox"/> TPPV <input type="checkbox"/> NPPV(<input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 鼻・口) メーカー・機種() 業者名() モード () 換気回数(f) : 回/分 酸素濃度(Fio2) : 離脱 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可(分)				
吸引	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回数 約 回/日 部位 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内 カテーテルサイズ(Fr) <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12				
経管栄養	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 腸ろう 製品名 () 注入内容 () 注入量・回数 () カテーテルサイズ(Fr)()				
導尿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	カテーテル製品名 () カテーテルサイズ(Fr)() 回数 約 回/日				

(裏面に続く)

