

標記の件について、練馬区立 学校で看護師が実施可能であるため、以下のとおり指示いたします。

指示期間（ 年 月 日～ 年 月 日）

児童氏名	男・女	生年月日
		年 月 日（ 才）
施設名	練馬区立 学校	
病名(基礎疾患名)		
服薬状況		

※ 該当する指示内容に☑（チェック）・数値等の記入をしてください。	
喀 痰 吸 引	<input type="checkbox"/> 鼻、口からの吸引 ・吸引カテーテルのサイズ（ ）Fr. ・吸引圧（ ）KPa ・鼻からの挿入の長さ（ ）c m ・口からの挿入の長さ（ ）c m ※持続吸引の必要性（ 無 ・ 有 ） ・部位（ 鼻 ・ 口 ） ・吸引カテーテルのサイズ（ ）Fr. ・吸引圧（ ）KPa ・注意事項（ ）
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレからの吸引（または気管内吸引） ・吸引カテーテルのサイズ（ ）Fr. ・吸引圧（ ）KPa ・カニューレ入口からの挿入の長さ（ ）c m ・注意事項（ ）
	<input type="checkbox"/> 経鼻エアウェイからの吸引 ・吸引カテーテルのサイズ（ ）Fr. ・吸引圧（ ）KPa ・エアウェイから吸引カテーテル挿入の長さ（ ）c m ・注意事項（ ）
吸 入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・吸入時間（ : ）（ : ） ・吸入薬内容／量（ ／ ）（ ／ ） ・注意事項（ ）
【感染症の有無】 有（HCV ・ HBs 抗原 ・ MRSA ・ WR ・ その他） ・ 無	
【緊急時の対応】	
【活動時の配慮事項】	
【その他】	

年 月 日

練馬区教育委員会事務局 教育振興部 学務課長 様

医療機関名：_____

所在地(Tel)：_____

医師名 _____ 印 _____

標記の件について、練馬区立 学校で看護師が実施可能であるため、以下のとおり指示いたします。

指示期間（ 年 月 日～ 年 月 日）

児 童 氏 名	男・女	生 年 月 日
		年 月 日 (才)
施 設 名	練馬区立 学校	
病名(基礎疾患名)		
服 薬 状 況		

※ 該当する指示内容に☑（チェック）・数値等の記入をしてください。

経 管 栄 養	<input type="checkbox"/> 【種類】 <input type="checkbox"/> 経鼻留置カテーテル サイズ（ ） F r .	<input type="checkbox"/> 胃瘻 挿入の長さ（ ） c m	<input type="checkbox"/> 腸瘻
	<input type="checkbox"/> <u>栄養剤注入</u>		
	・ 栄養剤 実施時間 （ ） （ ） ・ 内容 ・ 量 （ ） ・ 注入時間 （ ） 分 ～ （ ） 分		
	<input type="checkbox"/> 胃残量が（ ） 未満の時はそのまま予定量を注入する		
	<input type="checkbox"/> 胃残量が（ ） ml 以上（ ） ml 未満の時（ ）		
	<input type="checkbox"/> 胃残量が（ ） ml 以上の時（ ）		
	<input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）の場合は（ ）		
	<input type="checkbox"/> その他、胃残の状態に異常があるときの対応（ ）		
	<input type="checkbox"/> <u>水分注入</u> 実施時間 （ ） （ ）		
	・ 内容 （ ） ・ 1 回量 （ ） ・ 注入時間 （ ） 分 ～ （ ） 分		
<input type="checkbox"/> 胃残量が（ ） 未満の時はそのまま予定量を注入する			
<input type="checkbox"/> 胃残量が（ ） ml 以上（ ） ml 未満の時（ ）			
<input type="checkbox"/> 胃残量が（ ） ml 以上の時（ ）			
<input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）の場合は（ ）			
<input type="checkbox"/> その他、胃残の状態に異常があるときの対応（ ）			
<input type="checkbox"/> <u>薬剤注入</u> 実施時間 （ ） （ ） 注意点など（ ）			
<input type="checkbox"/> 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（ ） ・ 注意点など（ ）			
<input type="checkbox"/> 【感染症の有無】 有（HCV ・ HBs 抗原 ・ MRSA ・ WR ・ その他） ・ 無			
<input type="checkbox"/> 【緊急時の対応】			
<input type="checkbox"/> 【活動時の配慮事項】			
<input type="checkbox"/> 【その他】			

年 月 日

練馬区教育委員会事務局 教育振興部 学務課長 様

医療機関名：

所在地(TEL):

醫師名 _____ 印 _____

標記の件について、練馬区立 学校で看護師が実施可能であるため、以下のとおり指示いたします。

指示期間（ 年 月 日～ 年 月 日）

児童氏名	男・女	生年月日
		年 月 日（ 才）
施設名	練馬区立 学校	
病名(基礎疾患名)		
服薬状況		

※ 該当する指示内容に☐（チェック）・数値等の記入をしてください。

血糖値測定およびその後の処置	<input type="checkbox"/> 学校等での血糖値測定 【学校での測定回数】 回 (実施時間) <input type="checkbox"/> 昼食直前 <input type="checkbox"/> 間食直前 <input type="checkbox"/> その他 () ・血糖値測定器・穿刺器具 ()		
	<input type="checkbox"/> インスリン注射 ・インスリン名 () ・投与方法 () ・インスリンにかかわる機器名 ()		
	<input type="checkbox"/> 血糖値によるインスリン投与量(測定方法: 実測値 ・ リブレ値)		
	血糖値の範囲	インスリン投与量、経口等の対応	備考
	(保護者の指示による変更: 可 ・ 不可)		
【感染症の有無】 有 HBs 抗原() ・ HBs 抗体() ・ HBe 抗原() HBs 抗原陽性の場合検査を実施する HCV 抗体() ・ HIV 抗体() その他() ・ 無			
【緊急時の対応】			
【活動時の配慮事項】			
【その他】			

令和 年 月 日

練馬区教育委員会事務局 教育振興部 学務課長 様

医療機関名: _____

所在地(TEL): _____

医師名 _____ 印 _____