

標記の件について、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		
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 以下 ・鼻からの挿入の長さ（ ）cm ・口からの挿入の長さ（ ）cm 注意点など（ ） ※持続吸引について ・吸引カテーテルのサイズ（ ）Fr. ・吸引圧（ ）Kpa 部位（鼻・口） ・挿入の長さ（ ）cm ・注意点など（ ）
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレからの吸引 <input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他（ ） ・カニューレの種類（ ） ・内径（ ）mm ・肉芽（無・有） ・カニューレ入口からの挿入の長さ（ ）cm ・カフ（無・有） ・吸引カテーテルのサイズ（ ）Fr. ・吸引圧（ ）KPa ・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（ ）cm ・注意事項（ ）
吸 入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・吸入時間（ ）（ ） ・吸入薬内容／量（ ）／cc（ ）／cc ・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】 カニューレ抜去時や、気管切開部・気管内出血への対応等	
【活動時の配慮事項】	
【その他】	

練馬区教育委員会事務局 こども家庭部保育課長 様

年 月 日

医療機関名： _____

所在地(Tel)： _____

医師名(自署) _____

医療的ケア主治医指示書

医師記入

第2号様式—1（経管栄養）

標記の件について、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		
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。

- ☐ 鼻腔留置チューブ サイズ（ ）Fr. 挿入の長さ（ ）cm
- ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう
- チューブの種類（ ） サイズ（ ）Fr. （ ）cm挿入
- バルンの水の量（ ）ml Yガーゼ（ 無 ・ 有 ）

経
管
栄
養

☐栄養剤注入

- 1日（ ）回注入のうち、園で注入が必要な回数は（ ）回。
- ・園での1回量（ ）ml ・園での実施時間（ : ）（ : ）
 - ※行事等における時間変更について（ 否 ・ 可 : ）
 - ・注入内容（ ） ・注入速度（ 分～ 分 ）
 - ☐胃残量が（ ）未満の時はそのまま予定量を注入する
 - ☐胃残量が（ ）ml以上（ ）ml未満の時（ ）
 - ☐胃残量が（ ）ml以上の時（ ）
 - ☐胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）の場合は（ ）
 - ☐その他、胃残の状態に異常があるときの対応（ ）

☐水分注入

☐ 不要 ☐ 必要

- 実施時間（ : ）（ : ）
- ・内容（ ） ・1回量（ ）ml ・注入速度（ 分～ 分）
 - ☐胃残量が（ ）未満の時はそのまま予定量を注入する
 - ☐胃残量が（ ）ml以上（ ）ml未満の時（ ）
 - ☐胃残量が（ ）ml以上の時（ ）
 - ☐胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）の場合は（ ）
 - ☐その他、胃残の状態に異常があるときの対応（ ）
 - （ ）

☐薬剤注入

☐ 不要 ☐ 必要

- 薬剤名（ ） 実施時間（ : ）（ : ）
- 注意点など（ ）

☐胃からの脱気

☐ 不要 ☐ 必要

- ・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（ ）

裏面あり

【感染症の有無】	有（HCV ・ HBs 抗原 ・ MRSA ・ WR ・ その他） ・ 無
【緊急時の対応】	※チューブ抜去時の対応等
【活動時の配慮事項】	
【その他】	

練馬区教育委員会事務局 こども家庭部保育課長 様 年 月 日

医療機関名： _____

所在地(Tel)： _____

医師名(自署) _____

医療的ケア主治医指示書

医師記入

第2号様式ー1（導尿）

標記の件について、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		
病名(基礎疾患名)		
服 薬 状 況		

※ 該当する指示内容は□にレ点で、数値等は直接記入をしてください。

導尿	1日（ ）回の導尿のうち、園で導尿が必要な回数は（ ）回。 園での実施時間のめやす（ ）（ ）（ ） ※行事等での時間変更 □ 否 ・ □ 可（ ）
	□ カテーテルの種類 （ ） □ 尿道に挿入する長さ（約 cm） □ カテーテルのサイズ （ ）Fr. □ 注意点等
	用手圧迫必要の有無（ 可 ・ 不可 ）
	【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】	

練馬区教育委員会事務局 こども家庭部保育課長 様

年 月 日

医療機関名：

所在地(Tel)：

医師名(自署)

医療的ケア主治医指示書

第2号様式—1（血糖値測定等）

医師記入

標記の件について、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		
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"/> 血糖値測定【回数】1日（ ）回測定のうち、園で測定が必要な回数は（ ）回 【園での実施】 <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・穿刺器具にかかわる機器名（ ） ※測定方法（ リブレ ・ 実測 ・ どちらでもよい ）		
	<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（ ） ・インスリン投与量（ 単位）※随時医師の指示に従う。		
	<input type="checkbox"/> 血糖値による対応		
	血糖値の範囲	インスリン投与量、経口などの対応	備考
【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】			

練馬区教育委員会事務局 こども家庭部保育課長 様 年 月 日

医療機関名：_____

所在地(TEL)：_____

医師名(自署)_____