

標記の件について、練馬区立 学童クラブ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 学童クラブ	
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（ ）
	<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 こども家庭部 子育て支援課長 様

医療機関名：_____

所在地(Tel)：_____

医師名 _____ 印 _____

医療的ケア主治医指示書

標記の件について、練馬区立 学童クラブ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 学童クラブ	
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	【種類】 ☐ 経鼻留置カテーテル ☐胃瘻 ☐腸瘻 サイズ（ ） Fr. 挿入の長さ（ ） cm
	<u>☐栄養剤注入</u> ・ 栄養剤 実施時間 （ : ） （ : ） ・ 内容・量 （ ） ・ 注入時間（ 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（ ）
	<u>☐水分注入</u> 実施時間 （ : ） （ : ） ・ 内容（ ）・ 1 回量（ ）・ 注入時間（ 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（ ）
	<u>☐薬剤注入</u> 実施時間 （ : ） 注意点など（ ） ☐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 （ ）
	【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 こども家庭部 子育て支援課長 様

医療機関名：_____

所在地(Tel)：_____

医師名 _____ 印 _____

標記の件について、練馬区立学童クラブ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 学童クラブ	
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、学童で導尿が必要な回数は（ ）回。 学童での実施時間の目安 （ ： ） （ ： ） （ ： ） ※行事等での時間変更 <input type="checkbox"/> 否 ・ <input type="checkbox"/> 可（ ）
	<input type="checkbox"/> カテーテルの種類 （ ） <input type="checkbox"/> 尿道に挿入する長さ（約 cm） <input type="checkbox"/> カテーテルのサイズ （ ） Fr <input type="checkbox"/> 注意点等
	用手圧迫必要の有無（ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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】

年 月 日

練馬区教育委員会事務局 こども家庭部 子育て支援課長 様

医療機関名： _____

所在地(TEL): _____

医師名 印

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 学童クラブ	
病名(基礎疾患名)		
服薬状況		

血糖値測定およびその後の処置

□学校等での血糖値測定 【測定回数】 回
(実施時間) □昼食直前 □間食直前 □その他 ()
・血糖値測定器・穿刺器具 ()

□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 ()

□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

所在地(TEL) :

醫師名 _____ 印 _____