

標記の件について、練馬区立 小学校・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 小学校・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	□ 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 ()
	□ 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 ()
	□ 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	□ 無 □ 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
こども家庭部 子育て支援課長 様

医療機関名：

所在地(T_{EL}) :

醫師名 _____ 印 _____

医療的ケア主治医指示書

標記の件について、練馬区立 小学校・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 小学校・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 教育振興部 学務課長 様
 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 小学校・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 小学校・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、学校等で導尿が必要な回数は（ ）回。 学校等での実施時間の目安（ : ）（ : ）（ : ） ※行事等での時間変更 □ 否 ・ □ 可（ ）
	<u>□カテーテルの種類</u> （ ） <u>□尿道に挿入する長さ</u> （約 cm） <u>□カテーテルのサイズ</u> （ ） 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】	

年 月 日

練馬区教育委員会事務局 教育振興部 学務課長 様
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 小学校・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	小学校・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。

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 【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
こども家庭部 子育て支援課長 様

医療機関名：

所在地(T_{EL}) :

醫師名 _____ 印 _____