

医療的ケア指示書


医師記入

医療的ケア実施先：練馬区立保育園

【記入日】 年 月 日

	児童氏名		生年月日 性別	年 月 日生 男 ・ 女
	集団保育の適否	<input type="checkbox"/> 適 ・ <input type="checkbox"/> 否	特記事項：	
基 礎 疾 患	初診からの 経 過	(初診日 年 月 日)		
	現 症 受診状況	(1) 病名 (基礎疾患名) (2) 現在の状態および治療について (受診： / か月・週)		
	投薬状況	(1) 薬の名前および種類 (保育中の必要性の有無など) * 処方箋および薬剤情報提供書等を添付 (2) 想定される副反応 災害時の預かり <input type="checkbox"/> 不要 ・ <input type="checkbox"/> 必要 (命にかかわる重要な薬飲のみ) 【内容】		
	検査所見	※血液検査、レントゲン検査等の結果 (検査結果の写し添付可) <input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり 【内容： 】		
	呼吸障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【内容： 】		
	排尿・排便状態	排尿・排便障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【内容 】		

裏面もご記入ください。



基礎疾患	摂食・嚥下状況	経口摂取 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可 食形態 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> その他（ 例：ペースト食、流動食、すりつぶし食、きざみ食等 具体的に記入をお願いします 誤嚥の有無 <input type="checkbox"/> 有（よくある 時々ある まれにある） <input type="checkbox"/> 無
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容／症状）
	けいれん発作 てんかん発作	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（症状／頻度／対処方法等）
	その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（症状／頻度／対処方法等）
医療的ケア実施に係る意見	実施に必要な体制	（必要なスタッフ、室内環境等）
	実施の頻度	（何時間おきか、どのような状態の時に実施するか）
	実施時の留意点	
	緊急対応のめやす	
	保育園職員への手技の指導	<input type="checkbox"/> 主治医・または担当看護師より行う <input type="checkbox"/> 保護者が行う <input type="checkbox"/> その他（ ※手技の指導を受けた看護師から、他の看護師へ指導してもよい （ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否 ）

【 医療機関名 】

【 住所・電話 】

【医師名(自署)】