

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 <input checked="" type="checkbox"/> （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（ ）
	<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 学務課長 様 年 月 日

医療機関名：

所在地：

医師名 _____ 印 _____

医療的ケア主治医指示書

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。		
<input type="checkbox"/> 鼻腔留置チューブ サイズ（ ）Fr. 挿入の長さ（ ）cm		
<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> <u>栄養剤注入</u> 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 ） <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> <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 実施時間（ : ）（ : ） ・ 内容（ ） ・ 1回量（ ）ml ・ 注入速度（ 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> <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 薬剤名（ ） 実施時間（ : ）（ : ） 注意点など（ ）	
	<input type="checkbox"/> <u>胃からの脱気</u> <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 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（ ）	

【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 学務課長 様

年 月 日

医療機関名：

所在地：

医師名 _____ 印

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 <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（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 学務課長 様

年 月 日

医療機関名：

所在地：

醫師名 _____ 印 _____

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。

[illegible]

年 月 日

練馬区教育委員会事務局 学務課長 様

医療機関名：

所在地(T_{EL}):

醫師名 _____ 印 _____