医師記入

第２号様式―１（導尿）

# 医療的ケア主治医指示書

標記の件について、練馬区立　　学校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<br>年　　月　　日（　　才） |
| 施　設　名 | 練馬区立　　学校 | |
| 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、学校で導尿が必要な回数は（　　）回。<br>学校での実施時間の目安　（　：　）　（　：　）　（　：　）<br>※行事等での時間変更　□ 否　・　□ 可（　　） |
| | □カテーテルの種類<br>（　　）　□尿道に挿入する長さ　（約　　cm）<br>□カテーテルのサイズ<br>（　　）Fr<br>□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

医療機関名：

所在地(TEL)：

医師名　　印