

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
		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

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
		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

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
		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。 学校での実施時間の目安 （ ）：（ ） （ ）：（ ） ※行事等での時間変更 ☐ 否 ・ ☐ 可（ ）
	☐ カテーテルの種類 （ ） ☐ 尿道に挿入する長さ（約 ）cm ☐ カテーテルのサイズ （ ）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

医療機関名： _____

所在地(TEL) : _____

醫師名 _____ 印 _____

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
		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	☐ 学校等での血糖値測定 【学校での測定回数】 _____ 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

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(T_{EL}):

醫師名 _____ 印 _____