

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 _____