

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 () F r . 挿入の長さ () c m
	☐ <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):

醫師名 _____ 印 _____