

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 _____