第2号様式(第5条関	係)														
			1型糖尿病	i児の 医	療的	ウケアに	.関	する指	示書						
標記の件につい	て、	看護師が実施	施可能である	るため、	下記	のとおり	指示	します。							
指示期間(令和	I	年	月	日	~	令和		年 3	月 3	1日)					
児童氏名							男	生年月							
							女			Æ	=	п	п	(ᄹ
保護者氏名								1		年	1	月	日	(歳)
施設名								•							
病名															
服薬状況															
	【美	E施時間 】													
血糖測定		昼食前		おや・	つ前			その他)
	□ 条件による血糖測定:														
	血粯	唐測定器・穿頭	刺器具(•••••)
	【找														
インスリン投与	□ インスリン注射()			インス	リンフ	ポンプ	°(機種名)
	【 /	゚ ンスリン 】				インスリン名			投与	時間					
		基礎インス	リン:	() (:)	±0	:与量		
		ポーラスイ	ンスリン:	() (:)	1×	·7里	単位	Í.
				() (:)			— 単位	Ī.
				() (:)			— 単位	
		症状で低血	糖が疑われ	る場合の	D対応	<u></u>									
低血糖時の対応	□ 症状で低血糖が疑われる場合の対応 ()
	□ 血糖値()mg/dl以下の対応														
	()B/	,	7.476)
		特別な対応	不要			飲水を励	行								
高血糖時の対応		その他:				27011 2 //3/.	1.3								
		有				無									
感染症検査		'' 全 注 :	月	日		M B型肝炎	,)	HIV()
	15	KEL .		Н		D 主川 火					111 V (
緊急時の対応															
	(保	護者が迎えに	来ることがで	きないと	き)										
災害時の対応	())		.,,,		- /										
ン/ ロ 6.4 よく V 1 km															
活動時の															
配慮事項															
	(例) ポンプの不。	具合、リブレ	センサー	が取る	れた、食事	摂取量	量が少な↓	等						
その他															
医療機関名:										令和	旬	年	月		H
 所在地(TEL):															
								医師名	:						

月/日	指示変更	医師名