

医療的ケアに関する指示書		
標記の件について、看護師が実施可能であるため、下記のとおり指示します。		
指示期間（令和 年 月 日 ～ 令和 年 3月 31日）		
児童氏名	☐ 男 ☐ 女	生年月日 年 月 日（ 歳）
保護者氏名		
施設名		
病名		
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	☐ 口腔内・鼻腔内吸引 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（ ）cm 口からの挿入の長さ（ ）cm	
	☐ 持続吸引 部位（ ☐ 鼻 ☐ 口） 吸引カテーテルのサイズ（ ）Fr 吸引圧（ ）Kpa	
	☐ 気管カニューレ内部・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（ ）cm	
	☐ 経鼻エアウェイ吸引 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（ ）cm	
	【注意事項等】	
吸入	☐ 有 ☐ 無 吸引時間 （ ： ）（ ： ） 吸引薬内容/量（ / ）（ / ）	
感染症検査	☐ 有 ☐ 無 検査日： 月 日 B型肝炎（ ） HIV（ ）	
緊急時の対応		
災害時の対応	（保護者が迎えに来ることができないとき）	
活動時の 配慮事項		
その他		

医療機関名： _____ 令和 年 月 日

所在地(Tel)： _____

医師名： _____

月／日	指示変更	医師名