

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
保護者氏名		年 月 日（ 歳）
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。		
経管栄養	【種類】 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう ☐ 経鼻経管栄養 ----- サイズ（ ）Fr 挿入の長さ（ ）cm ☐ 栄養剤注入 実施時間 （ ）（ ）（ ） 内容 （ ） 1回量（ ） 注入時間（ ）分程度 ☐ 胃残量が（ ）ml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（ ）色）場合は（ ） ☐ その他、胃残の性状に異常がある場合の対応（ ） ☐ 水分注入 実施時間 （ ）（ ）（ ） 内容（ ） 1回量（ ） 注入時間（ ）分程度 ☐ 胃残量が（ ）ml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（ ）色）場合は（ ） ☐ その他、胃残の性状に異常がある場合の対応（ ） ☐ 薬剤注入 実施時間 （ ） 注意点など（ ） ☐ 胃からの脱気（必要な場合のみ記入） 脱気のタイミング（ ） 注意点など（ ）	
	☐ 胃ろう部の衛生管理 ボタン・チューブの種類（ ） サイズ（ ）Fr （ ）cm挿入 バルンの水の量（ ）ml Yガーゼ ☐ 有 ☐ 無 ボタン・チューブの種類（ ） サイズ（ ）Fr （ ）cm挿入 バルンの水の量（ ）ml Yガーゼ ☐ 有 ☐ 無 チューブ抜去時の対応など（ ） 実施の目安（ ） 注意点など（ ）	
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： _____
所在地(TEL)： _____

令和 年 月 日

医師名： _____

月／日	指示変更	医師名