

第2号様式（第5条関係）		
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。		
導尿	【回数】（ ）回	
	実施時間（ ： ）（ ： ）	
	☐ カテーテルの種類（ ） カテーテルのサイズ（ ）Fr	
	☐ 導尿に挿入する長さ（ ）cm	
	☐ 注意点等 （ ）	
	☐ 用手的圧迫の必要性 ☐ 有 ☐ 無	
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