

医療的ケア主治医意見書・指示書

■基本事項

園児氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
診断名				アレルギーの有無	有 ・ 無
				感染症の有無	有 ・ 無
状態・症状等				アレルギー及び感染症の内容と注意	
受診状況					
投与中の薬剤及び 注意事項(副作用等)					

■指示事項

期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)

<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 気管切開ケア	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ (サイズ: 、種類:)
<input type="checkbox"/> 酸素吸入	<input type="checkbox"/> 常時同じ条件での酸素吸入 <input type="checkbox"/> 体調の変化による酸素吸入 <input type="checkbox"/> 鼻カニューラ <input type="checkbox"/> 酸素マスク 【実施の目安・酸素流量】
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器管理
<input type="checkbox"/> 噴霧吸入	<input type="checkbox"/> 常時同じ条件での酸素吸入 <input type="checkbox"/> 体調の変化による吸入 【実施の目安・薬剤名・量】
<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻:チューブサイズ (fr, 固定 cm) <input type="checkbox"/> 腸ろう () 【時刻と注入内容】
<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 導尿 実施時刻() <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> てんかん発作時の対応	■ けいれん等の発作の有無 <input type="checkbox"/> けいれん有り <input type="checkbox"/> けいれん無し 発作の状態 () 発作時の対応・指示内容 () 発作時の座薬の使用 (座薬名:) 【実施の目安・量】
<input type="checkbox"/> 保育所等での与薬	【薬剤名・量・与薬時刻・与薬方法】 別紙にて処方箋添付
<input type="checkbox"/> 保育所等での生活上の注意及び配慮事項	【保育の制限】 <input type="checkbox"/> 制限なし:同年齢児と同じ強度・速度の生活および運動が可能 <input type="checkbox"/> 制限なし:本児のペースで、発達に応じた生活および運動が可能 <input type="checkbox"/> 制限あり 【保育上の配慮】 <input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> 部分的に必要とする <input type="checkbox"/> 常に必要とする
<input type="checkbox"/> 保育上必要とする特別な配慮の内容	
<input type="checkbox"/> 追加項目	
緊急時の連絡先	
不在時の対応法	

この指示書に基づき、保育所等責任者が配置する看護師資格(看護師・准看護師)を有する者が、該当行為を行うことについて承諾いたします。

事業所名: _____ 施設長 様 _____ 令和 年 月 日

医療機関名: _____

所在地: _____

電話: _____ 担当医師署名: _____