

医療担当者による医療的ケアを受けることを認め、下記の通り指示いたします

指示日: 指示期間: まで

医療機関名: 病院 科 主治医:

患児氏名:	性別: 男	生年月日:	年齢: 0
診断名:			
最近の経過について:			
平常時:体温()°C、SpO2(%atRA)、血圧(/)mmHg、脈拍(回/分)、CRT(秒)			
MRSA、多剤耐性菌の保有状況 ☐ なし ☐ あり (			
投薬	☐ 内服 →処方内容を添付してください ☐ 外用 ☐ 吸入		
アレルギー	☐ なし ☐ あり ☐ 薬剤 () ☐ 食物 →食物アレルギー指示書をお願いします		
1 ☐ 人工呼吸器 換気経路: ☐ 鼻カヌラ ☐ マスク ☐ 気管切開 ☐ 排痰補助装置の使用 ☐ なし ☐ あり 種類: ☐ コンフォートカフ ☐ Clear Way2 ☐ VOCSN 2 ☐ 気管切開管理 カニューレ種類() サイズ() カフエアー()ml カニューレ再挿入時の注意点 () 3 ☐ 鼻咽頭エアウェイ管理 エアウェイ種類() サイズ() 長さ()cm 4 ☐ 酸素療法 使用時間: ☐ 常時 ☐ 夜間のみ ☐ その他() 流量()L/分 5 ☐ 痰の吸引 ☐ 経口鼻腔 ☐ 経気管 頻度: ☐ 適宜 ☐ 頻回 ☒ その他 () 6 ☐ ネブライザーの管理 使用時間: 1日()回 使用薬剤 () 7 ☐ 経管栄養 ☐ 経鼻胃管・腸管 ()cm固定 ☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻 タイプ() 固定水()ml 8 ☐ 中心静脈カテーテルの管理 9 ☐ 皮下注射 ☐ インスリン ☐ 麻薬 ☐ 持続皮下注ポンプ 10 ☐ 血糖測定(持続血糖測定器を含む) 11 ☐ 継続的な透析(血液、腹膜を含む) 12 ☐ 導尿 使用カテーテル()Fr 13 ☐ 排便管理 14 ☐ 痙攣時の対応: 下記の情報提供をお願いします			

★詳細指示が必要な場合は医師指示書に記載をお願いします

痙攣発作時の対応について	
発作型()	
頻度() 持続時間() 起きやすい時間帯()	
誘発因子:	
発作時の処置: ☐ 経過観察 ☐ ()分間持続で救急搬送 搬送先()	
☐ ()分以上持続時	☐ ダイアップ坐薬 ()mg挿入 ☐ プロラム口腔内投与()mg
☐ その他()	☐ エスクレ坐薬 ()mg挿入
上記処置で止まった場合: ☐ ()に連絡 ☐ そのまま経過観察 ☐ その他()	
上記処置後()分以上、止まらない場合は救急搬送 (連絡先 電話番号:)	

#特記事項:

<保護者様同意書>

日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するために石川整肢学園の関連施設で共有することに同意します。

* 指示内容に変更があった場合は速やかに当センターのスタッフもしくは支援課にお知らせ下さい

年 月 日 ご署名

医療処置指示書 石川整肢学園・金沢こども医療福祉センター殿

医療担当者による医療的ケアを受けることを認め、下記の通り指示いたします

指示日:

指示期間:

まで

医療機関名:

病院

科

主治医:

患児氏名:	性別:	生年月日:	年齢: 0
人工呼吸器・ 排痰補助装置	種類・設定(点検表の写し可):)		
	使用時間 ☐ 常時 ☐ 睡眠時 ☐ 呼吸状態の悪化時 ☐ その他()		
	特記事項 ()		

酸素療法	使用時間 ☐ 常時()L/分 ☐ 睡眠時()L/分 ☐ SPO2()%維持のため()L/分まで可
	☐ その他()
	デバイス ☐ マスク(☐ オープン ☐ クローズ) ☐ 鼻カニューレ

痰の吸引		カテーテルサイズ	挿入の長さ	吸引圧	留意事項
	鼻腔/口腔	Fr	cm	kpa	
	気切	Fr	cm	kpa	
	吸引頻度	☐ 適宜 ☐ ()時間ごと ☐ 吸入後 ☐ その他()			

ネブライザーの 管理	薬剤名	時	時	時	時	時
		A	A	A	A	A
		A	A	A	A	A
	喘息発作の悪化時() 医療機関受診の目安()					

経管栄養剤 および白湯	注入方法 ☐ 吊り下げ ☐ シリンジ ☐ 加圧バッグ ☐ 経腸栄養ポンプ						
	栄養剤もしくは白湯	時	時	時	時	時	時
		ml	ml	ml	ml	ml	ml
		ml	ml	ml	ml	ml	ml
		ml	ml	ml	ml	ml	ml
		ml	ml	ml	ml	ml	ml
	*特記事項: 胃内残渣に関する指示等						

導尿	☐ ()時間以上排尿なければ実施 ☐ 間欠導尿実施時間()時 ()時 ()時 ()時
----	---

排便管理	☐ ()日間排便なければ、GE()ml もしくは()座薬()mg使用 ☐ その他()
------	--

その他	医療的ケアの留意点(高血圧、食道静脈瘤破裂、鼻出血、シャントトラブル、低血糖、震戦など)
-----	--

<保護者様同意書>

日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するために石川整肢学園の関連施設で共有することに同意します

* 指示内容に変更があった場合は速やかに当センターのスタッフもしくは支援課にお知らせ下さい

年 月 日 ご署名