

保護者氏名 _____ 様

医療機関名 _____

連絡先 _____

医師名 _____

㊞

医療的ケアに関する指示書(杉並区学童クラブ_看護師実施)

標記の件について、下記のとおり指示します。 指示期間 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日)

在籍(予定)学童クラブ		学童クラブ				
対象者	氏名			生年月日	年 月 日 歳	
	主たる疾患名					
※該当の指示内容に☑(チェック)・数値等を記入してください。						
実施行為種別	<input type="checkbox"/> 血糖値測定	<input type="checkbox"/> インスリン注射	<input type="checkbox"/> インスリンポンプ			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
血糖値測定及びインスリン注射 具体的指示内容	血液感染症検査の結果	HBs 抗原 ()	HBs 抗体 ()	HBe 抗原 ()	HBs抗原陽性の場合検査を実施する	
	検査日 月 日	HIV 抗体 ()	HCV 抗体 ()			
	インスリン投与の方法	<input type="checkbox"/> ペン型簡易注射器		<input type="checkbox"/> インスリンポンプ		
	使用器具等	インスリンにかかわる機器名				
		血糖値測定器名・穿刺器具名				
	インスリン名	基礎インスリン:		ボーラスインスリン:		
	<input type="checkbox"/> 定時の血糖値測定及びインスリン注射について					
	血糖値測定時間	①	②	③	その他	
	インスリン注射時間・単位	昼食前	:	()単位	おやつ前	:
				()単位		
条件による測定について						
・血糖値測定が必要となる条件						
[]						
緊急時の対応について						
・低血糖(mg/dl以下)						
[]						
・高血糖(mg/dl以下)						
[]						
(特記事項)						
[]						

大震災発生時の対応について	(保護者が迎えに来ることができないときの具体的対応内容)
<input type="checkbox"/>	その他(上記書式に記入できない場合等に使用してください。)

本書の内容について、杉並区児童青少年課又は在籍(予定)学童クラブから主治医に問い合わせる場合があります。