第２号様式（第５条関係）

# １型糖尿病児の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<br>□ 女 | 生年月日<br>年　　月　　日(　　歳) |
| 保護者氏名 | | |
| 施設名 | | |
| 病名 | | |
| 服薬状況 | | |
| 血糖測定 | 【実施時間】<br>□ 昼食前　□ おやつ前　□ その他(　　)<br>□ 条件による血糖測定：<br>血糖測定器・穿刺器具（　　） | |
| インスリン投与 | 【投与方法】<br>□ インスリン注射(　　)　□ インスリンポンプ(機種名　　)<br>【インスリン】　インスリン名　投与時間　投与量<br>□ 基礎インスリン：〔　　〕(　　：　　)　　単位<br>□ ポーラスインスリン：〔　　〕(　　：　　)　　単位<br>〔　　〕(　　：　　)　　単位<br>〔　　〕(　　：　　)　　単位 | |
| 低血糖時の対応 | □ 症状で低血糖が疑われる場合の対応<br>(　　)<br>□ 血糖値(　　)mg/dl以下の対応<br>(　　) | |
| 高血糖時の対応 | □ 特別な対応不要　□ 飲水を励行<br>□ その他： | |
| 感染症検査 | □ 有　□ 無<br>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 | （例）ポンプの不具合、リブレセンサーが取れた、食事摂取量が少ない等 | |

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 |
| --- | --- | --- |
| | | |