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	
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