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。		
喀痰吸引	□ 口腔内・鼻腔内吸引 吸引カテーテルのサイズ（　　）Fr　吸引圧（　　）Kpa 鼻からの挿入の長さ（　　)cm　口からの挿入の長さ（　　）cm	
	□ 持続吸引　部位（□ 鼻　□ 口） 吸引カテーテルのサイズ（　　）Fr　吸引圧（　　）Kpa	
	□ 気管カニューレ内部・気管内吸引 吸引カテーテルのサイズ（　　）Fr　吸引圧（　　）Kpa カニューレ入口からの挿入の長さ（　　）cm	
	□ 経鼻エアウェイ吸引 吸引カテーテルのサイズ（　　）Fr　吸引圧（　　）Kpa カニューレ入口からの挿入の長さ（　　）cm	
	【注意事項等】	
吸入	□ 有　□ 無 吸引時間　（　　：　　）（　　：　　） 吸引薬内容/量（　　/　　）（　　/　　）	
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