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。

経管栄養

【種類】　□ 胃ろう　□ 腸ろう　□ 経鼻経管栄養

サイズ（　　）Fr　挿入の長さ（　　）cm

□ 栄養剤注入

実施時間　（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）

内容　（　　）　１回量（　　）　注入時間（　　）分程度

□ 胃残量が（　　）ml未満の時は、そのまま予定量を注入する

□ 胃残量が（　　）ml以上（　　）ml未満の時（　　）

□ 胃残量が（　　）ml以上の時（　　）

□ 胃残の色に異常がある（　　色）場合は（　　）

□ その他、胃残の性状に異常がある場合の対応

（　　）

□ 水分注入

実施時間　（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）

内容（　　）　１回量（　　）　注入時間（　　）分程度

□ 胃残量が（　　）ml未満の時は、そのまま予定量を注入する

□ 胃残量が（　　）ml以上（　　）ml未満の時（　　）

□ 胃残量が（　　）ml以上の時（　　）

□ 胃残の色に異常がある（　　色）場合は（　　）

□ その他、胃残の性状に異常がある場合の対応

（　　）

□ 薬剤注入　実施時間　（　　：　　）　注意点など（　　）

□ 胃からの脱気（必要な場合のみ記入）

脱気のタイミング（　　）

注意点など（　　）

□ 胃ろう部の衛生管理

ボタン・チューブの種類（　　）　サイズ（　　)Fr　（　　）cm挿入

バルンの水の量（　　）ml　Yガーゼ　□ 有　□ 無

ボタン・チューブの種類（　　）　サイズ（　　)Fr　（　　）cm挿入

バルンの水の量（　　）ml　Yガーゼ　□ 有　□ 無

チューブ抜去時の対応など（　　）

実施の目安（　　）

注意点など（　　）

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