医療的ケア指示書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名前 |  | 男女 | 生年月日 |  | 年齢 |  | 血液型 |  |
| 住所 |  | TEL |  |
| 主たる疾患/障害名 |  |
| これまでの経過と手術歴 |  |
| アレルギー | □無・□有　内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 内服薬 | 別紙、処方箋コピー等を参照のこと |
|  |  |
| 日中必須の医療的ケア |
| □人工呼吸器 | 機種名 |  | メーカー名 |  |
| □常時　　□必要時（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □気管切開 | 気切の種類 | □単純気管切開　□喉頭気管分離　□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 肉芽 | □無・□有　検査（　　　ヶ月毎）・不定期（最終検査　　　年　　　月） |
| カニューレ | 種類 |  | 内径 | ㎜ | 入口から先端の長さ | ㎝ |
| □酸素管理 | 酸素流量（　　　　　）Ｌ/分　　 |
| SPO2（　　　　　　）％以下の場合（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □喀痰吸引 | 吸引 | □口腔挿入の長さ　　　　㎝ | □鼻腔挿入の長さ　　　　㎝ | □カニューレ内挿入の長さ　　　　　㎝ |
| 吸引カテーテルサイズ | Fr |
| 吸引圧 | Kpa/mmHg |
| 持続吸引について［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ |
| □食事・経管栄養 | 経管栄養 | □経鼻　　□胃ろう　　□腸ろう |
| 鼻腔留置チューブ | サイズ（　　　　　　）Fr　　　　固定（　　　　　　）㎝ |
| 胃ろう・腸ろうチューブ | チューブの種類（　　　　　　）　サイズ（　　　　）Fr　　挿入（　　　　　　）㎝バルンの水の量（　　　　　　）ml　　Yガーゼ　無・有 |
| ボタンタイプ | ボタンの種類（　　　　　　　）　サイズ（　　　　）Fr 長さ（　　　　　　　）㎝ |
| 注入食の内容 | 実施時間 | （　　：　　）（　　：　　） | 注入速度 | （　　分～　　分） |
| 内容 |  | 1回量 |  |
| 脱気等備考 |  |
| 水分注入 | 実施時間　（　　　：　　　）　（　　　：　　　） |
| 内容（　　　　　　　　　）　1回量（　　　　　　）　注入速度（　　　分～　　　分） |
| □中心静脈ｶﾃｰﾃﾙ | □薬剤（　　　　　　　　　　　　　　　）□固定（　　　　　　　　）㎝□速度（　　　　　　　　　　　　）□時間（　　　　　　　　　　　　　　）□刺入部の措置内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □血糖・インシュリン管理 | □インシュリンポンプ　　□ペン型　　□その他（　　　　　　　　　　　　）□自己血糖測定器　　□持続血糖測定器 |
| □導尿 | 実施時間（　 ：　　）（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　） |
| カテーテルの種類（　　　　　　　　　）　サイズ（　　　　　）Fr |
| 尿道に挿入する長さ（　　　　）㎝　用手圧迫（　可　・　不可　） |
| □人工肛門 | 方法[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] |
|  |  |
| 前記以外の医療的ケア |
| □排泄管理 | 浣腸 | 薬剤名（　　　）・量（　　）mlを（　　）cm |
| 坐薬挿入 | 薬の種類（　　　　　　　　　）　タイミング（　　　　　　　　　） |
| ブジー | チューブのサイズ（　　）Fr　　肛門からの挿入（　　）㎝　 |
| タイミング　□経管栄養注入前　□浣腸時　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| □薬液吸入 | 吸入時間（　　　：　　　）（　　　：　　　） |
| 吸入薬内容/量（　　　　　　/　　　　　）　（　　　　　　/　　　　　） |
| 　　　　　　（　　　　　　/　　　　　） （　　　　　　/　　　　　） |
| □その他の医療ケア |  |
|  |
| □注意事項・配慮事項 | ・・・ |
|  |
| 緊急時対応等 |
| 緊急時の薬剤 | 薬の種類（　　　　　　　　）量（　　　　　個・包）薬の種類（　　　　　　　　）量（　　　　　個・包） |
| 緊急時対応 | 緊急時の対応（体調不良時など）［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］病院に搬送が必要な状態［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］　↳搬送先（　　　　　　　　　　　病院） |
| 緊急時の連絡先不在時の対応法 |  |

標記の件について、以上のように指示いたします。

|  |
| --- |
| 医療機関名住所電話/FAX医師氏名　　　　　　　　　　㊞ |

記入日 令和　　年　　月　　日　　　有効期間 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日