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