

医療的ケア実施に関する指示書

1. 対象幼児児童生徒名（保護者記入）

名前		生 年 月 日	平成	年	月	日	(	歳)
連絡先	〒 —							
	①【 自宅・携帯 ( )・その他 ( )】 — —							
	②【 自宅・携帯 ( )・その他 ( )】 — —							

2. 医療的ケアの内容

診断名 疾患名	
医療的 ケアの 内容	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 ( 口腔内 鼻腔内 気管切開部 その他 ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( 経鼻胃管 胃ろう 腸ろう その他 ) <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 吸入・ネブライザー <input type="checkbox"/> 血糖値測定・インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> その他 ( )
具体的 内容及び 配慮 事項	
緊急時 の対応	
指示期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

医療的ケアを要する幼児児童生徒について、上記のとおり指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名：

医師名：

Ⓜ