

年 月 日

(利用施設が決まっている場合)

施設名 _____

施設長名 _____

(利用施設が決まっていない場合)

名古屋市 _____ 区社会福祉事務所長

医療機関名 _____

医師氏名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

保育所等における医療的ケアの意見書兼指示書

保育所等における医療的ケアの実施について、下記のとおり指示します。

記

対象子ども氏名	
生年月日	年 月 日
性別	男 ・ 女
診断名	(1)
	(2)
	(3)
現在までの経過(治療内容や現在の状況等)および今後の見通し	
集団保育の中での生活	<input type="checkbox"/> 可能 (理由: _____) <input type="checkbox"/> 不可能 (理由: _____) ※「不可能」にチェックの場合には、裏面以降の記入は不要です。

保育所等における生活の中で必要な医療的ケア

① 経管栄養（経鼻 / 胃ろう / 腸ろう）

経鼻：種類（ ） サイズ（ ）Fr 挿入の長さ（ ）cm
 胃ろう：種類（ ） サイズ（ ）Fr 固定水（ ）ml
 腸ろう：種類（ ） サイズ（ ）Fr 挿入の長さ（ ）cm

実施時間

栄養剤の種類

注入量・注入時間

ml / 回 分

経口摂取

不可
 可（食事・水分・おやつ・内服薬・その他）
 形状（普通食・きざみ食・ペースト食・その他）

実施上の留意事項

胃残量があったときの対応
 カテーテルの計画外抜去が生じたときの対応
 その他

② 導尿

カテーテル：種類（ ） サイズ：（ ）Fr 挿入の長さ：（ ）

実施時間

実施上の留意事項

出血があった場合の対応
 尿量が少ない時の対応
 その他

③ たん吸引（気管内 / 口腔内 / 鼻腔内）

気管カニューレ名：（ ） 内径：（ ） カフ付きの場合のカフの空気量：（ ） ml
 吸引カテーテル：サイズ（ ）Fr 吸引圧：（ ）kPa以下 吸引時間：（ ）秒以内
 挿入の長さ：気管内吸引（ ）cm 口腔吸引（ ）cm 鼻腔吸引（ ）cm

実施上の留意事項

気管内出血があった場合の対応
 気管カニューレ抜去時の対応
 その他

④ 酸素吸入

流量（ ）L/分

実施上の留意事項
 （流量変更等を含む）

SP02低下時の対応
 その他

⑤ ネブライザー吸入	
実施時間	
薬剤の種類・使用量	種類： _____ 使用量： _____ ml/回
実施上の留意事項	
⑥ インスリン注射（血糖測定も含む）	
血糖測定時間・測定方法	時間： _____ 方法： 実測 ・ 連続皮下ブドウ糖測定 ・ 他
インスリン注射時間	
薬剤の種類・投与量	種類： _____ 投与量： _____
実施上の留意事項	<input type="checkbox"/> 低血糖時（または高血糖時）の対応
	<input type="checkbox"/> 食事・おやつ等摂取量が少ない場合の対応
	<input type="checkbox"/> その他
⑦ その他医療的ケア（ _____ ）	
実施回数・実施時間	
実施上の留意事項	
⑧ その他医療的ケア（ _____ ）	
実施回数・実施時間	
実施上の留意事項	
⑨ 体調のよい日のバイタルサイン	
呼吸数	（ _____ ～ _____ ）回/分
脈拍数	（ _____ ～ _____ ）回/分
体温	（ _____ ～ _____ ）℃
経皮的酸素飽和度（SP02）	（ _____ ～ _____ ）%
保育所等における生活上での注意・配慮事項	

