

（宛先）港区福祉事務所長

記入日	年 月 日
医療機関名	
住所	
電話番号	
医師名	

この指示書の内容については、（6か月後・12か月後）に再評価します。

※該当の指示内容に☑（チェック）、数値等を記入してください。（保育園で必要な医療的ケアのみ記入）

※ 専門診療科の病院が異なる場合、病院ごとの指示書が必要です。

ふりがな 児童名		男・女	生年月日	年 月 日	歳	か月
診断名						
経過及び 現在の状況	初診日	年 月 日	受診状況	☐ 定期 ・ ☐ 不定期		
	☐ 現在の状況については、前年度と大きく変わらない。					
今後の 治療方針						
必要な 医療的ケア						
摂食・嚥下の 状況	誤嚥	☐ 有 ☐ 無				
		☐ 造影検査 ☐ その他 最終検査日： 年 月 日 (検査所見) (注意点)				
	経口摂取	☐ 可 ☐ 不可 ※ 誤嚥の心配がある場合、口腔からの摂取はできません。 (注意点)				
		水分のとろみ： ☐ 有 (ポタージュ状・ヨーグルト状・マヨネーズ状・) ☐ 無 固形のとろみ： ☐ 有 ☐ 無				
食事指示	☐ 当施設 ☐ 他施設 (摂食指導先：)					
消化器に対するサポート						
☐ 経管栄養	☐ 経鼻	種類	サイズ	Fr	挿入の長さ	cm
	☐ 胃ろう	種類	サイズ	Fr	挿入の長さ	cm 固定水 ml
	☐ 腸ろう	種類	サイズ	Fr	挿入の長さ	cm 固定水 ml
	(抜去時の対応・注意点)					
	実施時間	☐ 午前おやつ時 ☐ 昼食時 ☐ 午後おやつ時 ☐ 午前 ☐ 午後 ☐ 適宜 ☐ その他				
	実施方法	☐ 滴下注入 分かけて ☐ フラッシュ注入 分ごとに ~ ml ずつ ☐ ポンプ注入 ml / H				
	実施内容	☐ 白湯 ml ☐ 栄養剤 () ml ☐ ペースト食 ml ☐ その他 () ml				
	とろみの使用	☐ 有 (ポタージュ状・ヨーグルト状・マヨネーズ状・) ☐ 無				
	その他					
	☐ 胃残確認不要 ☐ 胃残量が ml 未満の時： 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： ※ 差し引き注入の場合： (白湯・栄養剤・ペースト食・) から差し引く) ☐ 胃残の色に異常がある場合： ☐ 悪心・嘔吐等の消化器症状出現時： ☐ その他：					

実施時間	☐ 午前おやつ時 ☐ 昼食時 ☐ 午後おやつ時
------	--

経管栄養	実施時間	☐ 午前 ☐ 午後 ☐ 適宜 ☐ その他
	実施方法	☐ 滴下注入 _____ 分かけて ☐ フラッシュ注入 _____ 分ごとに _____ ~ _____ ml ずつ ☐ ポンプ注入 _____ ml / H
	実施内容	☐ 白湯 _____ ml ☐ 栄養剤 (_____) _____ ml ☐ ペースト食 _____ ml ☐ その他 (_____) _____ ml
	とろみの使用	☐ 有 (ポタージュ状・ヨーグルト状・マヨネーズ状・ _____) ☐ 無
	その他	
	☐ 胃残確認不要 ☐ 胃残量が _____ ml 未満の時 : 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 : _____ ※ 差し引き注入の場合 : (白湯・栄養剤・ペースト食・ _____ から差し引く) ☐ 胃残の色に異常がある場合 : _____ ☐ 悪心・嘔吐等の消化器症状出現時 : _____ ☐ その他 : _____	
	実施時間	☐ 午前おやつ時 ☐ 昼食時 ☐ 午後おやつ時 ☐ 午前 ☐ 午後 ☐ 適宜 ☐ その他
	実施方法	☐ 滴下注入 _____ 分かけて ☐ フラッシュ注入 _____ 分ごとに _____ ~ _____ ml ずつ ☐ ポンプ注入 _____ ml / H
	実施内容	☐ 白湯 _____ ml ☐ 栄養剤 (_____) _____ ml ☐ ペースト食 _____ ml ☐ その他 (_____) _____ ml
	とろみの使用	☐ 有 (ポタージュ状・ヨーグルト状・マヨネーズ状・ _____) ☐ 無
	その他	
	☐ 胃残確認不要 ☐ 胃残量が _____ ml 未満の時 : 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 : _____ ※ 差し引き注入の場合 : (白湯・栄養剤・ペースト食・ _____ から差し引く) ☐ 胃残の色に異常がある場合 : _____ ☐ 悪心・嘔吐等の消化器症状出現時 : _____ ☐ その他 : _____	
実施時間	☐ 午前おやつ時 ☐ 昼食時 ☐ 午後おやつ時 ☐ 午前 ☐ 午後 ☐ 適宜 ☐ その他	
実施方法	☐ 滴下注入 _____ 分かけて ☐ フラッシュ注入 _____ 分ごとに _____ ~ _____ ml ずつ ☐ ポンプ注入 _____ ml / H	
実施内容	☐ 白湯 _____ ml ☐ 栄養剤 (_____) _____ ml ☐ ペースト食 _____ ml ☐ その他 (_____) _____ ml	
とろみの使用	☐ 有 (ポタージュ状・ヨーグルト状・マヨネーズ状・ _____) ☐ 無	
その他		
☐ 胃残確認不要 ☐ 胃残量が _____ ml 未満の時 : 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 : _____ ※ 差し引き注入の場合 : (白湯・栄養剤・ペースト食・ _____ から差し引く) ☐ 胃残の色に異常がある場合 : _____ ☐ 悪心・嘔吐等の消化器症状出現時 : _____ ☐ その他 : _____		

☐	胃ろう・胃ろう部の衛生管理
☐	

人工肛門管理		
呼吸に対するサポート		
☐ モニタリング	☐ 不要 ☐ 常時 ☐ 入眠時 ☐ 適宜 ☐ その他 _____ 平常時SpO2 _____ % ~ _____ %	
☐ エアウェイの管理	種類 _____ 内径 _____ mm 挿入の長さ _____ cm 入れ替え ☐ 可 (右・左) ☐ 不可 (注意点) _____	
☐ 酸素管理	☐ 経鼻 ☐ 経口 ☐ 気管内 ☐ 人工呼吸器 ☐ その他 _____ ☐ 常時 ☐ 入眠時 ☐ その他 _____ 酸素流量 _____ L / 分 (保育園でできる対応) _____ (緊急時の対応) _____	
	自発呼吸 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 非侵襲的(マスク式) ☐ 気管切開下 人工呼吸器離脱の許可 ☐ 覚醒時 ☐ 吸引時 ☐ 更衣時 ☐ 食事時 ☐ その他 (_____) 機種 _____ 加湿器 ☐ 有 ・ ☐ 無 ※1 (本人の状態及び呼吸器の作動状況においての注意点、起こりやすいトラブルと対処方法) _____	
	持続吸引 ☐ 有 ☐ 無 サイズ _____ Fr 吸引圧 _____ 以下 ☐ 口鼻腔内(オリーブ管) 吸引圧 _____ 以下 ☐ 口腔内(カテーテル) サイズ _____ Fr 挿入の長さ _____ cm 吸引圧 _____ 以下 ☐ 鼻腔内(カテーテル) サイズ _____ Fr 挿入の長さ _____ cm 吸引圧 _____ 以下 ☐ 気管カニューレ内 サイズ _____ Fr 挿入の長さ _____ cm 吸引圧 _____ 以下 (注意点) _____	
☐ 気管切開部の衛生管理	☐ 単純気管切開 ☐ 喉頭気管分離 ☐ その他 _____ カニューレ 種類 _____ 内径 _____ mm 入口から先端までの長さ _____ cm カフエアー _____ ml 挿入ガーゼ _____ 枚 (抜去時や気管切開部、気管内出血への対応など) _____ 肉芽 ☐ 有 ☐ 無 検査 ☐ CT ☐ 内視鏡検査 ☐ その他 (_____) 最終検査日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 (検査初見) _____	
	投薬(保育園での投薬のみ記入)	
	☐ 与薬	経口 薬剤名 ※投与時間・投与量は薬剤情報提供書に準ずる _____
		注入 薬剤名 ※投与時間・投与量は薬剤情報提供書に準ずる _____
軟膏 薬剤名 _____ 部位 _____ 用法・用量 _____ 薬剤名 _____ 部位 _____ 用法・用量 _____ 薬剤名 _____ 部位 _____ 用法・用量 _____		
坐薬 薬剤名 _____ 使用条件 _____ 薬剤名 _____ 使用条件 _____		
その他 _____		
定時 薬剤名・薬剤量 _____ 実施時間 _____ 薬剤名・薬剤量 _____ 実施時間 _____ 屯用 薬剤名・薬剤量 _____ 実施間隔 _____ 時間空けて _____ 症状 _____ 薬剤名・薬剤量 _____ 実施間隔 _____ 時間空けて _____ 症状 _____		
その他		
☐ 発作の	けいれん発作 ☐ 有 ☐ 無 起こりやすい状況 _____ 発作の頻度 : _____ 最終発作日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 (症状) _____ (保育園でできる対応) 坐薬の使用 ☐ 有 ☐ 無	

状況				
	(緊急時の対応)			
☐ 導尿	カテーテルの種類 () サイズ () Fr 挿入の長さ () cm			
	用手圧迫	☐ 可 ☐ 不可		
	実施時間	(時間毎)		
	(注意点)			
☐ 血糖測定	☐ 有 ☐ 無	時間		
	(対応方法)			
☐ 生活管理指導票	☐ 食物アレルギー () ☐ アナフィラキシー ☐ 気管支ぜん息 ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ アレルギー性結膜炎 ☐ アレルギー性鼻炎			
	☐ その他			
緊急時の対応 (酸素管理、発作時の状況以外に想定される緊急の事態)				
処置	☐ 吸引 (口腔 ・ 鼻腔) ☐ 酸素投与			
対応	※ 症状とそれに関する対応を記入			
保育				
集団保育の中での生活	☐ 適当 ☐ 好ましくない			
	☐ 「集団保育では、家庭で過ごすより感染症や怪我の発生する確率が上がります。」 以上のことについて説明し、保護者から同意を得た。			
保育の配慮	☐ 常に必要 ☐ 部分的に必要 ☐ 必要としない			
	(保育上、必要とする特別な配慮の内容)			

※1 人工呼吸器設定・アラーム設定については、設定の指示書の写しを別途提出して下さい。