

（宛先）港区福祉事務所長

記入日 年 月 日

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。

| |
|-------|
| 医療機関名 |
| 住所 |
| 電話番号 |
| 医師名 |

※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 | <input type="checkbox"/> 定期 ・ <input type="checkbox"/> 不定期 | |
| | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 造影検査 <input type="checkbox"/> その他 | | | 最終検査日： 年 月 日 | | |
| | 経口摂取 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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) | | | | | |
| 食事指示 | 水分のとろみ： <input type="checkbox"/> 有（ポタージュ状・ヨーグルト状・マヨネーズ状・ ） <input type="checkbox"/> 無 固形のとろみ： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | |
| 消化器に対するサポート | 食事指示 <input type="checkbox"/> 当施設 <input type="checkbox"/> 他施設（摂食指導先： ） | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 経管栄養 | 消化器に対するサポート | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 経鼻 | 種類 | サイズ | Fr | 挿入の長さ | cm | |
| | <input type="checkbox"/> 胃ろう | 種類 | サイズ | Fr | 挿入の長さ | cm | 固定水 ml |
| | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 午前おやつ時 <input type="checkbox"/> 昼食時 <input type="checkbox"/> 午後おやつ時 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 適宜 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | |
| | 実施方法 | <input type="checkbox"/> 滴下注入 分かけて <input type="checkbox"/> フラッシュ注入 分ごとに ~ ml ずつ <input type="checkbox"/> ポンプ注入 ml / H | | | | | |
| | 実施内容 | <input type="checkbox"/> 白湯 ml <input type="checkbox"/> 栄養剤 () ml <input type="checkbox"/> ペースト食 ml <input type="checkbox"/> その他 () ml | | | | | |
| | とろみの使用 | <input type="checkbox"/> 有（ポタージュ状・ヨーグルト状・マヨネーズ状・ ） <input type="checkbox"/> 無 | | | | | |
| | その他 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 胃残確認不要 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 胃残量が ml 未満の時：そのまま予定量を注入する | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 胃残量が ml 以上 ml 未満の時： | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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） | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある場合： | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐等の消化器症状出現時： | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他： | | | | | | | |

| | | | |
|------|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 実施時間 | <input type="checkbox"/> 午前おやつ時 | <input type="checkbox"/> 昼食時 | <input type="checkbox"/> 午後おやつ時 |
|------|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|

| | |
|--------|---|
| 実施時間 | <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 適宜 <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| 実施方法 | <input type="checkbox"/> 滴下注入 _____ 分かけて <input type="checkbox"/> フラッシュ注入 _____ 分ごとに _____ ~ _____ ml ずつ <input type="checkbox"/> ポンプ注入 _____ ml / H |
| 実施内容 | <input type="checkbox"/> 白湯 _____ ml <input type="checkbox"/> 栄養剤 (_____) _____ ml <input type="checkbox"/> ペースト食 _____ ml <input type="checkbox"/> その他 (_____) _____ ml |
| とろみの使用 | <input type="checkbox"/> 有 (ポタージュ状・ヨーグルト状・マヨネーズ状・ _____) <input type="checkbox"/> 無 |
| その他 | _____ |

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 胃残確認不要 |
| <input type="checkbox"/> 胃残量が _____ ml 未満の時 : そのまま予定量を注入する |
| <input type="checkbox"/> 胃残量が _____ ml 以上 _____ ml 未満の時 : _____ |
| <input type="checkbox"/> 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) |
| <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある場合 : _____ |
| <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐等の消化器症状出現時 : _____ |
| <input type="checkbox"/> その他 : _____ |

経管栄養

| | |
|--------|--|
| 実施時間 | <input type="checkbox"/> 午前おやつ時 <input type="checkbox"/> 昼食時 <input type="checkbox"/> 午後おやつ時 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 適宜 <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| 実施方法 | <input type="checkbox"/> 滴下注入 _____ 分かけて <input type="checkbox"/> フラッシュ注入 _____ 分ごとに _____ ~ _____ ml ずつ <input type="checkbox"/> ポンプ注入 _____ ml / H |
| 実施内容 | <input type="checkbox"/> 白湯 _____ ml <input type="checkbox"/> 栄養剤 (_____) _____ ml <input type="checkbox"/> ペースト食 _____ ml <input type="checkbox"/> その他 (_____) _____ ml |
| とろみの使用 | <input type="checkbox"/> 有 (ポタージュ状・ヨーグルト状・マヨネーズ状・ _____) <input type="checkbox"/> 無 |
| その他 | _____ |

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 胃残確認不要 |
| <input type="checkbox"/> 胃残量が _____ ml 未満の時 : そのまま予定量を注入する |
| <input type="checkbox"/> 胃残量が _____ ml 以上 _____ ml 未満の時 : _____ |
| <input type="checkbox"/> 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) |
| <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある場合 : _____ |
| <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐等の消化器症状出現時 : _____ |
| <input type="checkbox"/> その他 : _____ |

| | |
|--------|--|
| 実施時間 | <input type="checkbox"/> 午前おやつ時 <input type="checkbox"/> 昼食時 <input type="checkbox"/> 午後おやつ時 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 適宜 <input type="checkbox"/> その他 _____ |
| 実施方法 | <input type="checkbox"/> 滴下注入 _____ 分かけて <input type="checkbox"/> フラッシュ注入 _____ 分ごとに _____ ~ _____ ml ずつ <input type="checkbox"/> ポンプ注入 _____ ml / H |
| 実施内容 | <input type="checkbox"/> 白湯 _____ ml <input type="checkbox"/> 栄養剤 (_____) _____ ml <input type="checkbox"/> ペースト食 _____ ml <input type="checkbox"/> その他 (_____) _____ ml |
| とろみの使用 | <input type="checkbox"/> 有 (ポタージュ状・ヨーグルト状・マヨネーズ状・ _____) <input type="checkbox"/> 無 |
| その他 | _____ |

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 胃残確認不要 |
| <input type="checkbox"/> 胃残量が _____ ml 未満の時 : そのまま予定量を注入する |
| <input type="checkbox"/> 胃残量が _____ ml 以上 _____ ml 未満の時 : _____ |
| <input type="checkbox"/> 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) |
| <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある場合 : _____ |
| <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐等の消化器症状出現時 : _____ |
| <input type="checkbox"/> その他 : _____ |

| | |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | 胃ろう・胃ろう部の衛生管理 |
| <input type="checkbox"/> | |

| | |
|--------------------------|--|
| 人工肛門管理 | |
| 呼吸に対するサポート | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 入眠時 <input type="checkbox"/> 適宜 <input type="checkbox"/> その他 _____ モニタリング 平常時SpO2 _____ % ~ _____ % |
| <input type="checkbox"/> | エアウェイの管理 種類 _____ 内径 _____ mm 挿入の長さ _____ cm 入れ替え <input type="checkbox"/> 可 (右・左) <input type="checkbox"/> 不可 (注意点) |
| <input type="checkbox"/> | 酸素管理 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 気管内 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 入眠時 <input type="checkbox"/> その他 _____ 酸素流量 _____ L / 分 (保育園でできる対応) (緊急時の対応) |
| <input type="checkbox"/> | 人工呼吸器管理 自発呼吸 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 非侵襲的(マスク式) <input type="checkbox"/> 気管切開下 人工呼吸器離脱の許可 <input type="checkbox"/> 覚醒時 <input type="checkbox"/> 吸引時 <input type="checkbox"/> 更衣時 <input type="checkbox"/> 食事時 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 機種 _____ 加湿器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※1 (本人の状態及び呼吸器の作動状況についての注意点、起こりやすいトラブルと対処方法) |
| <input type="checkbox"/> | 喀痰吸引 持続吸引 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 サイズ _____ Fr 吸引圧 _____ 以下 <input type="checkbox"/> 口鼻腔内(オリブ管) _____ 吸引圧 _____ 以下 <input type="checkbox"/> 口腔内(カテーテル) サイズ _____ Fr 挿入の長さ _____ cm 吸引圧 _____ 以下 <input type="checkbox"/> 鼻腔内(カテーテル) サイズ _____ Fr 挿入の長さ _____ cm 吸引圧 _____ 以下 <input type="checkbox"/> 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) |
| <input type="checkbox"/> | 気管切開部の衛生管理 <input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> 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 カフエアール _____ 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 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) | |
| <input type="checkbox"/> | 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 _____ |
| <input type="checkbox"/> | 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 | |
| <input type="checkbox"/> | 発作の けいれん発作 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

| | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------------|-----------------------------------|
| 状況 | | | |
| | (緊急時の対応) | | |
| <input type="checkbox"/> 導尿 | カテーテルの種類 () サイズ () Fr 挿入の長さ () cm | | |
| | 用手圧迫 | <input type="checkbox"/> 可 | <input type="checkbox"/> 不可 |
| | 実施時間 | (時間毎) | |
| | (注意点) | | |
| <input type="checkbox"/> 血糖測定 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | 時間 |
| | (対応方法) | | |
| <input type="checkbox"/> 生活管理指導票 | <input type="checkbox"/> 食物アレルギー () | <input type="checkbox"/> アナフィラキシー | <input type="checkbox"/> 気管支ぜん息 |
| | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 | <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 | <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 |
| <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 吸引 (口腔 ・ 鼻腔) | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 適当 <input type="checkbox"/> 好ましくない | | |
| | <input type="checkbox"/> 「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 | <input type="checkbox"/> 常に必要 <input type="checkbox"/> 部分的に必要 <input type="checkbox"/> 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。