

医療的ケア児主治医意見書兼指示書

(宛先) 茅ヶ崎市長／茅ヶ崎市福祉事務所長

この意見書・指示書は医療的ケアを必要とする児童が保育所等を利用するにあたってその状態を把握するために使用します。保育所等で実施する医療的ケアの実施内容について指示してください。また、保育所は集団生活となるため、生活をする上での配慮の必要性等についてもご意見をお聞かせください。なお、下記内容は受け入れ検討会議及び利用を希望する保育所等に対し、情報提供します。

保育所等で実施する医療的ケアについて次の通り、意見・指示します。

指示期間（西暦		年	月	日	～	年	月	日
子どもの 名前	フリガナ	生年月日	年 月 日					
主たる疾患名								
現病歴 (症状・状態・治療方針等)								
症状の安定性	☐ 安定している ☐ 安定していない <u>理由及び今後安定していく見込みがあれば記入してください</u> ()							
保育所等での 集団生活 (月64時間以上) の可否	☐ 可能である ☐ 不可能である <u>可能になる見込みがあれば具体的な時期を記入してください</u> ()							

該当の指示内容にチェック・数値等を記入してください。

ケアの内容	必要性	指示内容及び配慮事項
呼吸管理	☐ 有 ☐ 無	☐ <u>酸素（経鼻カニューレ・気管切開部）</u> 流量（安静時 Ⅷ／分 ・ 労作時 Ⅷ／分） 酸素を外してよい時間（有・無） （有の場合の目安： ）
		☐ <u>気管切開</u> カニューレの種類（ ） サイズ（ ） F r （ ） cm
		☐ <u>人工呼吸器（呼吸器の設定等）</u> 機種： 呼吸モード： 圧力： P E E P： 呼吸回数： その他：（ ）
		気管カニューレ抜去時の対応、呼吸器使用上の注意点、起こりやすいトラブル、対処法など （ ）
		☐ <u>喀痰吸引</u> 回数 約（ ）回／日 部位 ☐ 口腔内 ☐ 鼻腔内 ☐ 気管内（カテーテル挿入の長さ： cm） カテーテルサイズ（F r） ☐ 8 ☐ 10 ☐ 12 吸引圧（ kPa） 吸引時間（ 秒）

経管栄養	☐ 有 ☐ 無	☐ 経鼻胃管 カテーテルサイズ () Fr 挿入の長さ () cm ☐ 胃ろう (チューブ型・ボタン型) カテーテルサイズ () Fr () cm ☐ 腸ろう (チューブ型・ボタン型) カテーテルサイズ () Fr () cm 注入内容・量・回数 () 注入方法 ☐ 自然滴下 ☐ ポンプ使用 ☐ シリンジ注入 注入時間 () 分
		その他 夏季や発汗時の臨時注入等 胃残の指示等
	導尿	☐ 有 ☐ 無
与薬	☐ 有 ☐ 無	☐ 内服薬 ☐ 座薬 ☐ 外用薬 薬剤名および用法・用量（薬剤情報添付でも可） ()
アレルギー	☐ 有 ☐ 無	☒ 有の場合は具体的に記載 ()
その他の 医療的ケア	☐ 有 ☐ 無	・てんかん発作時：薬剤対応 ☐ 無 ☐ 有〔指示内容： 〕 ・発熱時：薬剤対応 ☐ 無 ☐ 有〔指示内容： 〕 ・その他 ()
緊急時の対応		・器具抜去時の対応：看護師が対応可能な場合に再挿入するもの ☐ 気管カニューレ ☐ 胃ろう ☐ 胃管 ・その他本児における受診の目安 ()
保育所等での生 活上の注意及び 配慮事項並びに 活動の制限等	☐ 有 ☐ 無	屋内外の運動についての制限や配慮（水遊びや泥遊びも含めて）
	☐ 有 ☐ 無	感染症流行時に係る対応等
その他 特記事項		
緊急連絡先		
緊急搬送先		

記 入 日 年 月 日

医 療 機 関 名
 （住所・電話番号）
 医 師 名