

【文書作成者：主治医】

【書類の流れ：保護者→主治医→保護者→徳島市】

(様式5)

徳島市長 宛

令和 年 月 日

### 医療的ケア実施に係る主治医指示書

医療機関 名称		医療機関 所在地	
指示医師 氏名		電話番号	

ワガナ 児童氏名		男 女	年 齢	歳 (4/1現在)	生年 月日	年	月	日
医療的ケア の内容	実施方法		指示内容及び配慮事項					
血糖測定	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有	時 間 ( 時・ 時)			
インスリン 投与	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有	薬剤名 ( )			
					1回量 ( ) 単位/回 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後			
					持続投与 (メーカー名: )			
導 尿	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有	カテーテル製品名 ( )			
					カテーテルサイズ (Fr) ( )			
					回数約 ( ) 回/日			
経管栄養	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有	種類 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻			
					製品名 ( )			
					注入内容 ( )			
					注入量・回数 ( )			
気管切開	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有	カニューレ製品名 ( )			
					交換頻度 1回/( )			
					回数約 ( ) 回/日			
吸 引	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有	部 位 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内			
					カテーテルサイズ (Fr) <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12			
					<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 外用薬			
与 薬	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有	薬剤名 ( )			
					1回量 ( ) 時間 ( )			
					内容			
その他の 医療的ケア	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有	内容			
緊急時の対応	【発作、誤嚥、発熱、低血糖時等に係る対応】							
保育施設での 生活上の注意 及び 配慮事項 並びに 活動制限等	【感染症流行時に係る対応等】							

※ 記載内容が表面に収まらない場合は裏面自由記載欄に御記載ください。

【自由記載欄】※表面に収まらない補足事項や詳細等を御記載ください

※ 記載内容が本書内に収まらない場合は別に詳細やフローチャート等を添付していただいても構いません。