

高松市長 宛

令和 年 月 日

医療的ケアに関する指示書

医療機関名		所在地	
医師氏名	印	電話番号	

児 童 名	男 女	年 齢	歳	生年 月 日	年 月 日生
医療的ケア の 内 容	実施方法	指示内容及び配慮事項			
気管切開	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	カニューレ製品名 ( ) 交換頻度 1回/			
酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	流量 ( ℓ/分) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内			
吸 引	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回 数 約 回/日 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			
経管栄養	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 腸ろう 製品名 ( ) 注入内容 ( ) 注入量・回数 ( ) カテーテルサイズ(Fr) ( )			
導 尿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	カテーテル製品名 ( ) カテーテルサイズ(Fr) ( ) 回 数 約 回/日			

(裏面に続く)

医療的ケア の 内 容	実施方法	指示内容及び配慮事項
----------------	------	------------

