

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|---|--|
| 看護師への具体的な指示内容 | <input type="checkbox"/> | 導尿時刻等 | () () (:) (:) | 時間毎 | |
| | <input type="checkbox"/> | 導尿 | カテーテルサイズ Fr [挿入長 cm] | 用手圧迫 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 | |
| | | 【配慮事項】 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 薬剤名/量 | / , / | | |
| | | 吸入時刻 | (:) (:) (:) (:) (:) | | |
| | 【配慮事項】 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 種類 | 設定 | | |
| | | 【配慮事項】 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 血糖値測定時刻 | : : | 【配慮事項】 | |
| | | <input type="checkbox"/> | インスリン注射 注射時刻 | | |
| 【発作時の対応(薬剤名・量等)】 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | のて 対ん 応かん 発作 | | | | |
| | 【配慮事項(緊急搬送の判断基準等を含む)】 | | | | |
| <input type="checkbox"/> | その他のケア | | | | |
| | 【配慮事項】 | | | | |

特記すべき留意事項(薬の相互作用等の留意点、発熱時の対応、薬物アレルギーの既往等があれば記入してください。)

食物アレルギー()

宿泊を伴う活動に参加する場合の特記事項(前日の注入内容や夜間の特別な指示事項等)

別紙に示す。(注入箋等)

令和 年 月 日

滋賀県立 長浜養護学校長 様

上記のとおり指示します。
 なお、上記は、本児童生徒が、県が実施する「医療的ケア児童生徒の通学に係る保護者支援事業」を活用して通学する場合、訪問看護ステーション等への指示内容も兼ねるものとします。

医療機関名

住 所

電 話 番 号

医 師 名

〒 -

- -

印

※指示事項の変更等がある場合は、その都度本指示書の修正等を行ってください。

指示事項の変更の有無に関わらず、毎年確認のために以下に御署名または御捺印ください。

| | | | | | | | |
|----------|-----------------------------|-------------------------------|---|----------|-----------------------------|-------------------------------|---|
| 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 修正 | <input type="checkbox"/> 変更なし | 印 | 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 修正 | <input type="checkbox"/> 変更なし | 印 |
| 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 修正 | <input type="checkbox"/> 変更なし | 印 | 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 修正 | <input type="checkbox"/> 変更なし | 印 |
| 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 修正 | <input type="checkbox"/> 変更なし | 印 | 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 修正 | <input type="checkbox"/> 変更なし | 印 |
| 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 修正 | <input type="checkbox"/> 変更なし | 印 | 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 修正 | <input type="checkbox"/> 変更なし | 印 |