

# 看護指示書

- 登校時に実施する医療的ケア
  - 宿泊時・体調不良時のみに必要な医療的ケア
- \*学校がチェックします。

保護者から依頼のあった下記児童生徒に対し、県立特別支援学校において実施される医療的ケア※について、以下のとおり指示する。(該当する□にチェックしたうえで、必要事項を記入)  
 ※医療的ケアとは、治療を目的とするものではなく、障害にともなって日常的な生命の維持、健康状態の維持・改善のために必要な医療的な行為であり、医師の指示の下で保護者が家庭で行っている行為をいう。

児童生徒氏名		生 年 月 日	学 校 名			
		平成 年 月 日	滋賀県立長浜養護学校			
主たる疾患名		病状における特記事項(安定度等)				
投薬中薬剤の用量・用法	<input type="checkbox"/> 処方内容が記載された別紙に示す。(処方箋等)					
看護師への具体的指示内容	<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 鼻腔 Fr cm	<input type="checkbox"/> 口腔 Fr cm	吸引圧 kPa以下	咽頭奥の吸引 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
		<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内 Fr cm	気管カニューレ先吸引 <input type="checkbox"/> 可 Fr cm	気管カニューレからの吸引圧 kPa以下		
	【配慮事項(その他の吸引やカニューレフリーの場合の対応など)】					
	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻空腸チューブ <input type="checkbox"/> その他 ( )				
		チューブの種類	サイズ Fr	挿入長 (胃瘻の場合はストッパー上部の長さ) cm	固定水 ml	
		【注入内容】				
	<input type="checkbox"/> 別紙に示す。(注入箋等)					
	【チューブ抜去時の対応等】					
	<input type="checkbox"/> 気管切開ケア	気管カニューレ	種類	サイズ <input type="checkbox"/> 外径 cm <input type="checkbox"/> 内径 cm		
【留意事項(カニューレ抜去時の対応等)】						
【留意事項(その他)】						
<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インターフェイス <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> 鼻カヌラ <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 呼吸器 酸素流量 L/分						
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	種類	モード				
	設定					
	【配慮事項(緊急搬送の判断基準[SpO <sub>2</sub> 、脈拍等]を含む)】					
【緊急時[SpO <sub>2</sub> 低下、呼吸困難、機器の故障等]の対応】						

看護師への 具体的指示内容	<input type="checkbox"/> 導尿	導尿時刻等 ( ) ( ) ( : ) ( : )	時間毎
		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"/> 吸入	薬剤名/量 / , /	
		吸入時刻 ( : ) ( : ) ( : ) ( : ) ( : )	
		【配慮事項】	
	<input type="checkbox"/> 助排痰装置補	種類	設定
		【配慮事項】	
	<input type="checkbox"/> 測定等値	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	
<input type="checkbox"/> のてんかん発作	【発作時の対応(薬剤名・量等)】		
	【配慮事項(緊急搬送の判断基準等を含む)】		
<input type="checkbox"/> その他	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。)			
<input type="checkbox"/> 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)			
<input type="checkbox"/> 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い、以下に御署名、御捺印ください。

令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 加筆	印	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 加筆	印
令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 加筆	印	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 加筆	印
令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 加筆	印	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 加筆	印