

## 医療的ケア指示書

フリガナ 児童氏名		性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年 齢	歳 か月
保育所等名		クラス	歳児クラス
診断名・所見			
医療的ケアの種類	<input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 吸引 ( <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管切開部 ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう ) <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 血糖管理 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		
実施者	<input type="checkbox"/> 主治医の指示等を受けた看護師資格を有する者 <input type="checkbox"/> その他		
集団生活における 注意事項・配慮事項等			
緊急時の対応及び連絡先			
特記事項			

記入日 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印