No7-3 国立市　介護職員（保育士）等吸引等指示書、看護師等・訪問看護師指示書別紙

標記の件について、下記のとおり指示いたします。　指示期間(令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日)

|  |
| --- |
| 保育園 |
| 氏名 |  | 生年月日 平成・令和　 年　　月　　日　　歳 |

※該当の指示内容に☑(チェック)・数値等を記入してください。

|  |
| --- |
| □口腔内の喀痰吸引　　　□鼻腔内の喀痰吸引　　　　□気管カニューレ内部の喀痰吸引□経管栄養(経鼻胃管)　　□胃ろうによる経管栄養　　□腸ろうによる経管栄養　□内服薬□その他 |
| □喀痰吸引 | □鼻、口からの吸引　　吸引カテーテルのサイズ(　　　　)Fr.　吸引圧(　　　　)cmH2O以下　　鼻からの挿入の長さ(　　　　)cm　口からの挿入の長さ(　　　　)cm　　注意点など（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※持続吸引について　吸引カテーテルのサイズ（　　　　）Fr. 　吸引圧(　　　　)cmH2O　部位（鼻・口）　挿入の長さ（　　　　）cm　　注意点など（ 　　 ）□気管カニューレからの吸引（または気管内吸引）　　吸引カテーテルのサイズ(　　　　)Fr.　吸引圧(　　　　)cmH2O以下　　カニューレ入り口からの挿入の長さ（　　　　）cm　　注意点など（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□看護師の医療的ケアに対しては上記のように指導するが看護師等が行う場合はその状態に応じて対応しその旨を報告書計画書にて確認する |
| □経管栄養 | 種類　　□鼻腔留置チューブ　サイズ(　　 　)Fr.　 挿入長さ（　　 ）cm　　□胃ろう　　　□腸ろう |
| □食事の注入　　内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□栄養剤等の注入　　内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　食事・栄養剤共通事項　　注入量について　１回量（　　　　　　　　）ml　　　１日トータル量（　　　　　　　　）ml　　　　注意点など（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）注入時間　　注入速度（　　　分～　　　　分）注入方法　□イリガートル□シリンジ□その他　　　　　　　注意点など（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）胃残確認、脱気の必要性　□なし　□あり　□その状況により対応　　　　　　　　　　　水分補給について　　内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　注入量について　１回量（　　　　　　　　）ml　　　１日トータル量　（　　　　　　　）ml　　　　注意点など（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）注入時間　　注入速度　（　　　分～　　　分）注入方法　□イリガートル□シリンジ□その他　　　　　　　注意点など（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□薬剤注入　実施時間　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　注意点など（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□看護師の医療的ケアに対しては上記のように指導するが看護師等が行う場合はその状態に応じて対応しその旨を報告書計画書にて確認する |

※該当の指示内容に☑(チェック)・数値等を記入してください。　　氏名(　　　　　　　　　　　　　　　)

|  |  |
| --- | --- |
| □気管切開部の観察 | □単純気管切開　　□喉頭気管分離　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　)　肉芽について（　有　・　無　）・定期検査(　 　ヶ月毎)・不定期(最終検査　 　年　 　月)　カニューレの種類(　　　 　)　内径(　　　 　)mm　　入口から先端までの長さ(　　　 )cm　Yガーゼ交換や気管切開周囲のスキンケアは誰にでも可能なケア　カニューレ抜去時や、気管切開部・気管内出血への対応など（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □胃ろう腸ろう部等の観察 | チューブの種類(　　　　　　　　　　　　)　サイズ(　　　)Fr.　(　　　)cm　挿入　　　　バルーンの水の量(　　　　)ml　　Ｙガーゼやその他保護するもの（　有　・　無　）　Yガーゼ交換や瘻孔周囲のスキンケア、チューブ固定の絆創膏交換は誰にでも可能なケア　　（注意点：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　チューブが抜けた場合の対応（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □導尿 | 実施時間（　　:　　　）（　　　:　　　）（　　　:　　　）（　　　:　　　）（　　　:　　）　カテーテルの種類（　　　　　　　　　　　　　　　）　サイズ(　　　　)Fr.　尿道に挿入する長さ(　　　　　)cm　　用手圧迫（　可　・　不可　）　本人への指導実施　（　有　・　無　） |
| □定時の薬液吸入 | 吸入時間（　　　:　　　）（　　　:　　　）　吸入薬内容／量（　　　　　　　　／　　　　　　）　（　　　　　　　　／　　　　　　）　本人への指導実施　（　有　・　無　） |
| □酸素管理 | 酸素流量(　　　　)Ｌ／分　　SPO2(　　　　)％以下の場合（　　　　　　　　　　　　　）　注意点など（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □人工呼吸器のチェック | 本人の状態及び呼吸器の作動状況においての注意点（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）起こりやすいトラブルと対処方法（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □血糖測定等 | 　測定時間（　　　:　　　）（　　　:　　　）インシュリン注射　 |
| □その他医療ケア |  |
| □内服薬 |  |
| □その他 |  |

　　　施設名　　　　　　　　　　　　　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印