

【文書作成者：主治医】

【書類の流れ：保護者→主治医→保護者→徳島市】

(様式5)

徳島市長 宛

令和 年 月 日

医療的ケア実施に係る主治医指示書

医療機関 名称		医療機関 所在地	
指示医師 氏名		電話番号	

フリガナ 児童氏名	男 女	年 齢	歳 (4/1現在)	生年月日	年	月	日
医療的ケア の内容	実施方法		指示内容及び配慮事項				
インスリン 投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬剤名 ()					
		1回量 () 単位/回 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後					
		持続投与 (メーカー名:)					
		薬剤名 ()					
導 尿	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	カテーテル製品名 ()					
		カテーテル [®] (Fr) ()					
		回数約 () 回/日					
経管栄養	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	種類 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻					
		製品名 ()					
		注入内容 ()					
		注入量・回数 ()					
		カテーテル [®] (Fr) ()					
血糖測定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時 間 (時・ 時)					
気管切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	カニューレ製品名 ()					
		交換頻度 1回/ ()					
吸 引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	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 [®] (Fr) <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12					
与 薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 外用薬					
		薬剤名 ()					
		1回量 () 時間 ()					
その他の 医療的ケア	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	内容					
緊急時の対応	【発作、誤嚥、発熱時等に係る対応】						
保育施設での 生活上の注意 及び 配慮事項 並びに 活動制限等	【感染症流行時に係る対応等】						