（様式１）保護者→主治医→保護者→校長

医療的ケア意見・指示書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童生徒氏名 |  | | 生年月日 | 平成　　年　　月　　日（　 才） |
| 診断名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊変更（令和　　年　　月　　日） | | | | |
| 医療的ケアの内容  該当項目の□にチェック | | 看護師が学校で対応可能な医療的ケアの項目の内容を詳しく御記入ください。 | | |
| ①　□ 吸引 | | ＊変更（令和　　年　　月　　日） | | |
| ②　□ 吸入 | | ＊変更（令和　　年　　月　　日） | | |
| ③　経管栄養  □ 経鼻栄養チューブ  □ 胃瘻  □ 空腸瘻 | | ＊変更（令和　　年　　月　　日） | | |
| ④　□ 酸素療法 | | ＊変更（令和　　年　　月　　日） | | |
| ⑤　□ 導尿（圧迫排尿） | | ＊変更（令和　　年　　月　　日） | | |
| ⑥　気管切開部の管理  □ ガーゼ交換  □ ホルダーの調整 | | ＊変更（令和　　年　　月　　日） | | |
| ⑦　エアウェイの管理  □ 経鼻エアウェイ  □ 咽頭エアウェイ | | ＊変更（令和　　年　　月　　日） | | |
| ⑧　血糖に関する項目  □ 血糖測定  □ インスリン投与  □ ポンプ管理  □ 高血糖時の対応  □ 低血糖時の対応 | | ＊変更（令和　　年　　月　　日） | | |
| 宿泊学習時のみの指示 | | ＊変更（令和　　年　　月　　日） | | |
| 〇緊急時の対応（気管カニューレ・胃瘻ボタンの抜去等）の指示   * + - * 主治医の許可があれば、気管カニューレの挿入は可能。       * 主治医の許可があれば、胃瘻ボタンの挿入は可能。（ただし、バルーンの固定水の注入は不可。）   　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＊変更（令和　　年　　月　　日） | | | | |

保護者から依頼のあった医療的ケアの実施について、上記のとおり看護師に指示する。

広島市立広島特別支援学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　令和　　年　　月　　日

医療機関

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

＜主治医の方へ＞

※　本書には、主治医として学校において実施可能と考える医療的ケアについて御記入ください。

※　教育委員会が、学校において実施可能と判断した医療的ケアにつきましては、本書を看護師への指示書として取り扱い、本書に基づき医療的ケアを実施します。

※　指示項目の変更がある場合は、その都度指示書により御指示ください。

※　指示事項の実施状況は、別途「医療的ケア実施報告書」にて報告いたします。

令和2.2改訂