

主治医意見書

島根県立 _____ 学校長 様

先に、保護者から依頼のありました該当幼児児童生徒に対する実施可能な医療的ケアについては以下のとおりです。

1. 幼児児童生徒氏名 _____

2. 医療的ケアの内容と指示

① 該当項目の□を■にしてください。

① 医療的ケア の項目	☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開部の管理 ☐ 経管栄養 ☐ 導尿 ☐ 呼吸管理 ☐ その他（血糖値測定・インスリン療法、吸入 等）
-------------------	---

↓ ② 黄色マーカーの該当項目（ケアの内容）の□を■にして、指示の詳細を（ ）に記入願います。

② 指示の 詳細	喀 痰 吸 引	☐ 鼻、口からの吸引 カテーテルサイズ（ ）Fr 吸引圧（ ）kPa以下 * 教員実施の場合 鼻からの挿入長さ（ ）cm 口からの挿入長さ（ ）cm * 看護師実施の場合 鼻からの挿入長さ（ ）cm 口からの挿入長さ（ ）cm ☐ 気管カニューレからの吸引 種類（ ） カフ（有・無） サイズ（ ）Fr 吸引圧（ ）kPa 以下 カニューレ入口からの挿入長さ * 教員実施（ ）cm * 看護師実施（ ）cm ☐ Y ガーゼ交換（気管切開部の衛生管理） ☐ エアウェイからの吸引 サイズ（ ）Fr 吸引圧（ ）kPa以下 エアウェイからの挿入長さ（ ）cm 特記：
		備考欄

② 指示の詳細	導尿	☐ 導尿（ ☐ 一部援助 ☐ 完全援助） サイズ（ ）Fr 挿入長さ（ ）cm 実施時間等（ ）（ ）（ ）
		備考欄
	呼吸管理	☐ 酸素投与開始の目安 SpO2（ ）%以下の場合 O2（ ）ℓ使用 ☐ 酸素吸入 流量（ ）l/分 ☐ 経鼻 ☐ 気管切開部 ☐ マスク 離脱 ☐ 不可 ☐ 可（ ）分 ☐ 人工呼吸器 換気回数（f）： 回/分 酸素濃度（Fio2）： 離脱 ☐ 不可 ☐ 可（ ）分 ※呼吸器に関する情報 ☐ バッグ換気 ☐ 経鼻エアウェイ（ケア） ☐ 挿入 挿入長さ（ ）cm 特記： 備考欄
その他	☐ 血糖値測定・インスリン療法 実施時間（ ： ） 実施後の処置等（ ） 特記： ☐ 吸入 実施時間（ ） 内容・量（ ・ ） 特記： ☐ その他	

年 月 日	医療機関名	
	主治医(自署)	
	*学校医確認	

*変更確認欄（指示の内容に変更が生じた場合）

年 月 日	主治医(自署)	・・・	年 月 日	学校医(自署)
年 月 日	主治医(自署)	・・・	年 月 日	学校医(自署)
年 月 日	主治医(自署)	・・・	年 月 日	学校医(自署)

※診療情報提供書の添付をお願いします