

主治医意見書

島根県立

注釈付き 説明用シート

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*保護者や主治医、学校医等への説明でご活用ください（印刷物として配布可）

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（島根県立学校において実施する医療的ケア）

① 医療的ケアの項目	* 1 島根県立学校において実施する医療的ケアは、「健康で快適な状態をサポートするとともに生命の危機を防ぐための行為で、医師あるいは看護師による指導を受けた保護者が家庭において日常的に実施している内容」に限定されるもの。（施設入所生等を含む）」としています。（平成29年3月「島根県立学校における医療的ケア実施体制ガイドライン」参照） ※ 医療的ケアは、学校看護師及び認定特定行為業務従事者研修（第3号研修）を修了した教員が実施します。
------------	--

↓ ② 黄色マーカーの該当項目（ケアの内容）の□にチェックの上、指示の詳細を記入願います。

② 指示の詳細	☐ 鼻、口からの吸引 カテーテルサイズ（ ）Fr 吸引圧（ ）kPa以下
	（記入上の留意点：全般） * 2 「指示の詳細」には、基本的に具体的な数値を示していただくようお願いします。 （教育現場において、障がいのある児童生徒への対応経験が浅い学校看護師の心理的な負担等を和らげ、より安心してケアに当たることができるようにするため） * 3 具体的な数値（量や時間等）については、適宜「程度」や「目安」という表記で記載していただくようお願いします。（例：〇〇～△△を目安に）
	カニューレからの挿入長さ *教員実施（ ）cm *看護師実施（ ）cm ☐ Yガーゼ交換 ☐ エアウェイからの吸引 サイズ（ ）Fr 吸引圧（ ）kPa以下
	（備考欄について） * 4 カニューレ周辺管理やガーゼ交換等について、特に留意すべき事項があれば記載をお願いします。
	備考欄

② 指示の詳細

気管	☐ 単純気管切開 ☐ 喉頭気管分離 ☐ その他（ ）
	* 5 気管カニューレ自己（事故）抜去時の対応または出血時の対応等、緊急時の対応について【別様 2/2】シートに記入願います。（特に、気管カニューレが抜けると急速に気管孔が閉塞する可能性のある児童生徒等） カニューレの種類（ ） 内径（ ） mm サイズ（ ） Fr 先端までの長さ（ ） cm フランジ下（ ） cm
	☐ その他の管理事項 *ガーゼ交換、カフの管理 等 （ ）
	備考欄
の管理	
経管栄養	☐ 胃ろう・腸ろう カテーテル種類（ ） サイズ（ ） Fr 挿入長さ（ ） cm バルンの水の量（ ） ml ☐ ガーゼ交換
	☐ 経鼻チューブ サイズ（ ） Fr 挿入長さ（ ） cm ☐ ペースト食注入 ☐ 経口摂取+注入 内容・量（ ・ ～ ） ☐ 栄養剤注入 内容・量（ ・ ～ ） 注入時間（ 分 ～ 分） ☐ 胃残量が（ ） ml 未満の時は、そのまま予定量を注入する。 ☐ 胃残量が（ ） ml 以上（ ） 未満の時は、（ ） ☐ 胃残量が（ ） ml 以上の時は、（ ） ☐ 胃残の色に異常がある（褐色、黄色、緑色）場合は、（ ） ☐ その他、胃残の性状に異常がある場合の対応（ ） ☐ 水分注入 内容・量（ ・ ～ ） 注入時間（ 分 ～ 分） *シリンジ（注射器）による注入の可・不可 ☐ 胃残量が（ ） ml 未満の時は、そのまま予定量を注入する。 ☐ 胃残量が（ ） ml 以上（ ） 未満の時は、（ ） ☐ 胃残量が（ ） ml 以上の時は、（ ） ☐ 胃残の色に異常がある（褐色、黄色、緑色）場合は、（ ） ☐ その他、胃残の性状に異常がある場合の対応（ ）
	* 6 ボタン・チューブの抜去・抜管時の対応等、緊急時の対応について【別様 2/2】シートに記入願います。 ☐ 薬剤注入 実施時間（ ） ☐ 胃からの脱気タイミング 注入前・注入中・注入後・その他（ ） （特記： ）
	備考欄

