（第２号様式）

|  |
| --- |
| **本指示書の有効期限** |
| 新規　令和　年　月　日　から　令和　年　月　日まで |
| 継続　令和　年　月　日　から　令和　年　月　日まで |

　　　　　　　　　　　特別支援学校長

**横浜市立特別支援学校（看護師配置校）医療的ケア等指示書**

次の児童生徒について、本書の有効期限内で、貴校における医療的ケアの実施をお願いします。

看護師に対する指示事項は以下の通りです。なお、教員が喀痰吸引等を行う場合は、看護師の指示の下に行ってください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　対象者 | 氏名 |  | 生年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 住所 |  | 性別 |  |
| 診断名 |  | 診察券番号 |
| 現在の健康状態、薬の処方等 | （薬の処方を、別紙に記載または添付してください） |  |

* 次に指示した内容について、学校の実状を考慮して、実施の可否を判断してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療的ケアの内容 | 経管栄養 | * 液体栄養剤の注入。水分補給も含みます。
* 経鼻経管栄養（挿入長　　cm　　総長　　cm　　直径　　Fr）
* 胃ろう・腸ろうによる経管栄養
* 注入速度目安（　　　　mlを　　分程度で注入）
* その他（ ）

　注入内容物（ ）* 半固形栄養剤等の注入

半固形栄養剤注入やミキサー食のショット注入の必要性（ ）* 胃ろう・腸ろうによる注入
* 総注入量（　　　　mlを注入）…1回で注入・　　　回に分けて注入
* 注入速度目安（　　　　mlを　　秒　　分　　程度で注入）
* 複数回に分けて注入の場合、注入の間の休憩時間　　（　　　　　　　　　分間）

注入内容物（ ）　注入内容物（ ） |
| 備考 | □チューブ洗浄後の空気注入（　　　　mlを注入）□経口摂取 |
| 医療的ケアの内容医療的ケアの内容 | 喀痰等の吸引 | □口腔内　　　（看護師：原則中咽頭まで　　教員：咽頭手前）看護師　　　cm　　　・　　　教員　　　cm　□鼻腔内看護師　　　cm　　　・　　　教員　　　cm　※吸引圧の基本は15~20kPa。最大でも25kPaを超えないこと。□気管カニューレ内　　　cm　※基本的に滅菌手袋（またはピンセット）を使用する （カニューレのサイズ　直径　　Fr.　総長　　cm）・滅菌以外の手袋を　　 【使用可とする】・【使用不可とする】・吸引カテーテルを再使用する場合は ※どちらかに〇を【薬液に浸漬する】・【消毒後、乾燥した容器に入れる】※吸引圧は20~26kPa、吸引時は指定された用具類を使用する。□経鼻咽頭エアウェイ内　　　cm　□持続吸引□その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 | ※必要な場合は、陰圧をかけるタイミングをこの欄に記載する。例）→痰が固く、押し込んでしまう可能性がある時には、あらかじめ陰圧をかけた状態で挿入する。 |
| 導尿 | □自己導尿の補助・援助　　　□導尿（　　　）時間毎□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 | １　□気管切開部のケア　　　　□ガーゼ交換等　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　）　　２　□胃ろう・腸ろう部のケア　□ガーゼ交換等　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　）３　□酸素吸入（　　　　　㍑/分）　□常時同じ条件での酸素吸入　□添付文書での指示あり４　□吸入　　　　　□定時の吸入　　（　　　　）時間毎、または（　　　　　時）　　※薬剤は一定量　　（薬剤名　　　　　　　　　　　用量　　　　　　）５　□てんかん発作時の対応　□発作止め与薬（薬剤名　　　　　　　　　　用量　　　　　　）　　※坐薬等の対応は、家庭等で使用した実績があり、安全が確認された薬に限ります。　　　使用条件：例）◇◇な状態が、●〇分間続いた時６　□人工呼吸器使用時の安全確保　□添付文書での指示あり７　□その他 |
| プール・水遊び・遠足・宿泊学習等学校生活における留意事項　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| 医療的ケアの内容 | 緊急時の対応 | ※原則では、保護者対応か救急搬送となります。学校では実施困難な応急処置については、記載内容についてご相談をお願いすることがあります。 |

医療機関所在地

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 令和　　年　　月　　日 |  | 令和　年　月　日 |  | 令和　年　月　日 |
| 新規 | 主治医氏名　　　　　　　　　　　印 |  | 臨床指導医確認欄 | 印 |  | 学校医確認欄 | 印 |
|  | 令和　　年　　月　　日 |  | 令和　年　月　日 |  | 令和　年　月　日 |
| 継続 | 主治医氏名　　　　　　　　　　　印 |  | 臨床指導医確認欄 | 印 |  | 学校医確認欄 | 印 |

保護者の了承がある場合に、学校、および教育委員会からの直接の連絡に対し、安全な医療的ケア実施についての確認をしたり、指示や助言をしたりします。

* 指示書にご記入いただいても、すぐに学校で対応できない内容がありますことを、ご了承ください。

薬の処方について（書類の添付可）

　　　　　　　　特別支援学校　指導看護師

**横浜市立特別支援学校　医療的ケア実地研修指示書**

次の児童生徒について、指導看護師による、貴校教職員への医療的ケアの実地研修実施を指示します。また、具体的な内容は当該児童生徒の「横浜市立特別支援学校（看護師配置校）医療的ケア等指示書」を参考にしてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 生年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 実地研修する医療的ケア | □喀痰吸引（口腔）□喀痰吸引（鼻腔）□喀痰吸引（気管カニューレ内）　留意点□経管栄養（経鼻）□経管栄養（胃ろう）□経管栄養（腸ろう）　留意点※必要な上記□欄に、✔をご記入願います。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 令和　　年　　月　　日 |  |
| 主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　印 |  |