

診療情報提供書

令和〇年〇月〇日

情報提供先学校名 県立〇〇学校
学校医 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

名称 〇〇病院
住所 新潟県〇〇市〇〇×-×-×
電話番号 ×××-×××-××××
医師名 〇〇 〇〇 印

医療的ケアに関する診療情報提供書

患者の氏名 <small>ふりがな</small>	〇〇 〇〇 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 平成・令和 ××年 ×月 ×日生
患者の住所	〒×××-×××× 新潟県〇〇市〇〇×-×-× 連絡先電話番号 (×××-×××-××××)	
診断名	脳性麻痺 (四肢麻痺型) 呼吸不全 (人工呼吸器管理中) 喀痰多量による気道閉塞リスク ※その他の併存症、合併症も記載	
紹介目的 (必要時追記)	安全な学校生活を送るために以下の医療的ケア等に関する指示・意見を行います。 学校看護師及び担当職員と情報を共有し、ご対応をお願いします。	
症状経過、既往歴、治療状況、処方等 (必要時別紙追加)	出生時仮死により NICU 入院。現在も定期的に小児科通院中 人工呼吸器 (BiPAP) を 24 時間使用。喀痰吸引は 1 時間に 1 回程度必要	
学校における医療的ケアの指示・意見の内容	※該当する内容にチェック <input checked="" type="checkbox"/> 喀痰吸引 [別紙 1 のとおり] <input type="checkbox"/> 経管栄養 [別紙 1 のとおり] <input type="checkbox"/> 吸入 [別紙 1 のとおり] <input type="checkbox"/> 導尿 [別紙 1 のとおり] <input type="checkbox"/> 気管切開部の管理 [別紙 1 のとおり] <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器による呼吸管理 [別紙 2 のとおり] <input type="checkbox"/> 酸素療法 [別紙 1 のとおり] <input type="checkbox"/> 人工肛門の管理 [別紙 1 のとおり] <input type="checkbox"/> 血糖値管理・インスリン注射 [別紙 1 のとおり] <input type="checkbox"/> その他 [別紙 1 のとおり] ()	該当する内容にチェックし、それに必要な別紙を添付する
学校生活上の留意事項	別紙のとおり	
その他	保護者との連携を密に行い、緊急時の対応マニュアルを整備すること	