

別記様式3（医療的ケアに関する診療情報提供書）の別紙1

学校において医療的ケアを実施する患者（幼児・児童・生徒）に対する対応指示・意見書^{注)}

標記の件について、貴校の学校看護師等に対して下記のとおり指示・意見をします。

期間：令和 ×年 ×月 ×日 ～ 次回指示・意見書作成まで ※原則最大1年間有効
 （1年以上を過ぎる場合）
 ※期間を次回指示・意見書作成まで延長する

医師名 _____

学校名	新潟県立 ○○学校	患者氏名	○○ ○○
-----	-----------	------	-------

※ 該当する口にチェックをしてください。

※ 指示する医療的ケアの内容ごとに、箇所、方法、時間、量等について御記入ください。

※ 人工呼吸器による呼吸管理については、「別紙2」に記載してください。

学校における医療的ケアの実施内容	<input checked="" type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔内 <input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内 <input checked="" type="checkbox"/> 気管カニューレ内	<input type="checkbox"/> 現在診療で使っている別添文書の内容を準用する <input type="checkbox"/> 別紙3の記載内容に従う <input checked="" type="checkbox"/> 以下の内容に従う カテーテルサイズ：Fr.8 吸引圧：20kPa 以下 挿入長さ：口鼻 10cm、気管カニューレ 12cm 頻度：1時間に1回、必要時追加 注意点：吸引後は加湿器の確認を行うこと	別添文書、別紙3を添付するか、ここに直接記入してください。
	<input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻	<input type="checkbox"/> 現在診療で使っている別添文書の内容を準用する <input type="checkbox"/> 別紙3の記載内容に従う <input checked="" type="checkbox"/> 以下の内容に従う カテーテル種類：バルーンタイプ サイズ：Fr.14 注入量：200ml 注入時間：30分程度 胃残確認：必要（残量100ml以上の場合は30分後に再注入） 注意点：注入前に脱気を行うこと （水分注入について） 注入量：100ml 注入時間：15分程度 胃残確認：不要 注意点：注入後は体位保持を行うこと	
	<input checked="" type="checkbox"/> お薬	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者の提供する処方箋の写し等を参照 <input type="checkbox"/> 別紙3の記載内容に従う <input checked="" type="checkbox"/> 以下の内容に従う 抗てんかん剤（液剤）食事・水分注入後に行うこと 注入後は、30mlの水でフラッシュし、30分間安静にすること 副作用（眠気・発疹）に注意すること	
	<input checked="" type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> 現在診療で使っている別添文書の内容を準用する <input type="checkbox"/> 別紙3の記載内容に従う <input checked="" type="checkbox"/> 以下の内容に従う 投与量：1L/分 方法：鼻カニューレ 注意点：皮膚トラブルに注意し、定期的に位置確認	

注) これまでは「対応指示書」でしたが、医師の指示通り行うこと、校長の判断により医師の指示の範疇内で学校が調整してケアを行うことがあることから、「対応指示・意見書」としております。

※裏面あり

	その他 <input type="checkbox"/> 吸入 <input checked="" type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 気管切開部の管理 <input type="checkbox"/> 気管カニューレの確認・位置調整 <input checked="" type="checkbox"/> 人工肛門の管理 <input checked="" type="checkbox"/> 血糖値管理・インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 現在診療で使っている別添文書の内容を準用する <input type="checkbox"/> 別紙3の記載内容に従う <input checked="" type="checkbox"/> 以下の内容に従う 導尿：3時間ごとに実施、清潔操作を徹底 人工肛門管理：1日1回、排泄後に洗浄 血糖値管理：毎食前に測定、インスリン注射（医師指示量）
注意点、想定される変化・トラブル等	・医療的ケアの実施にあたっては、表情・皮膚色・呼吸状態・バイタルサイン等を常に観察し、異常の兆候がないか注意すること ・ケア中に以下のような変化が見られた場合は、看護師が判断し、必要に応じて保護者・医療機関へ連絡すること 顔色不良、チアノーゼ、呼吸困難、発汗、意識レベルの低下、嘔吐、腹部膨満、痙攣、アレルギー反応（発疹・腫れなど）	

<緊急時対応> ※ バイタルサイン確認しながら

※ 人工呼吸器による呼吸管理に関する内容は「別紙2」に記載してください。

その他、患者に対する注意事項等（処方薬、アレルギー、痙攣・喘息等の発作等）
処方薬：抗てんかん薬（昼食後に服用）、気管支拡張薬（吸入：発作時）、整腸剤（朝・夕食後） アレルギー：卵・ピーナッツ（摂取禁止）、ペニシリン系抗生物質（過去にアナフィラキシー歴あり） 発作・既往症：痙攣発作あり（過去に5分以上持続したことあり） 発作時は安全確保し、バイタル確認後、医師指示に従い薬剤投与 喘息既往あり。季節の変わり目や風邪時に注意

※ 人工呼吸器による呼吸管理に関する内容は「別紙2」に記載してください。

緊急時の対応、その他のトラブル等の対応・ポイント
喀痰吸引について ・吸引後に顔色不良、呼吸困難、チアノーゼが見られた場合は、吸引を中止し、看護師がバイタル確認。 ・痰の色が黄色・緑色・血性の場合、保護者へ連絡し、医療機関受診を検討 経管栄養・水分注入について ・誤嚥が疑われる場合は、座位保持・吸引対応を行い、必要に応じて医療機関へ搬送 緊急搬送先の医療機関名（ ○○○○ 病院） TEL（ ×××-×××-×××× ）

<学校行事等の参加について>

※ それぞれの項目について、いずれかの口にチェックをしてください。また、人工呼吸器による呼吸管理をしている場合も以下に記載してください。

水遊び・水泳	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 条件付き可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その都度相談を要す	（条件等） ・看護師が常時付き添うこと ・水深の浅い場所でのみ実施 ・呼吸器・吸引器の持参と使用可能な環境の確保 ・発作や呼吸状態の変化が見られた場合は即中止
校外での学習	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 条件付き可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その都度相談を要す	（条件等） ・医療的ケア対応可能な看護職員または保護者が同行 ・移動手段は車椅子対応の福祉車両を使用 ・医療的ケアが実施可能な場所（吸引・注入など）を事前に確認 ・緊急時の搬送先医療機関を事前に設定

<p>宿泊を伴う行事等</p>	<p> <input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 条件付き可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その都度相談を要す </p>	<p>(条件等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療的ケア対応可能な看護職員または保護者が同行 ・宿泊施設に医療的ケアの実施環境（電源、清潔なスペース等）が整っていること ・夜間のケア体制（吸引・注入・発作対応など）を事前に計画 ・緊急時の対応マニュアルを作成し、全職員に共有
<p>その他、学校生活上の注意、制限、配慮事項等</p>	<p>活動内容は児の体調・医療的ケアの状況に応じて調整</p>	