

別記様式3（医療的ケアに関する診療情報提供書）の別紙3

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)

別紙1について、下記のとおり指示・意見します。

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。

※ 該当の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。

| | | | |
|------------|--|--|--|
| 具体的指示・意見内容 | ☑ 喀痰吸引 | <input checked="" type="checkbox"/> 口腔内 | 口鼻：吸引カテーテルのサイズ（8）Fr. 吸引圧（20）kPa 以下 カテーテル挿入の長さ（10）cm 気管カニューレ：吸引カテーテルのサイズ（8）Fr. 吸引圧（20）kPa 以下 カテーテル挿入の長さ（12）cm （注意点など） 吸引後は加湿器の確認を行うこと。痰の色や量に変化がある場合は保護者へ連絡 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内 | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 気管カニューレ内 | |
| ☑ 経管栄養 | <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう | カテーテル種類（バルーンタイプ） サイズ（14）Fr. （5）cm挿入 バルンの水の量（5）ml （注意点など） 胃ろうからの脱気、注入前 | |
| | <input type="checkbox"/> 腸ろう | | |
| | <input type="checkbox"/> 経鼻 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 水分注入 | <input checked="" type="checkbox"/> 注入力、内容は保護者と相談 <input checked="" type="checkbox"/> 内容（経口補水液） <input checked="" type="checkbox"/> 注入力（100）ml <input checked="" type="checkbox"/> 注入時間（15）分程度 <input checked="" type="checkbox"/> 胃残確認（ <input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要） （胃残確認時の対応） 胃残（100）ml未満は、そのまま予定量注入 胃残（100）ml以上は、（30）分後注入トライ <input checked="" type="checkbox"/> その他（胃残の色・性状に異常がある場合の対応） （緑色、血性）の場合は保護者に連絡 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 給食 | <input checked="" type="checkbox"/> 注入力、内容は保護者と相談 <input checked="" type="checkbox"/> 内容（とろみ付きミキサー食） <input checked="" type="checkbox"/> 注入力（250）ml <input checked="" type="checkbox"/> 注入時間（40）分程度 <input checked="" type="checkbox"/> 胃残確認（ <input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要） （胃残確認時の対応） 胃残（ ）ml未満は、そのまま予定量注入 胃残（150）ml以上は、（30）分後注入トライ <input checked="" type="checkbox"/> その他（胃残の色・性状に異常がある場合の対応） （緑色、血性）の場合は保護者に連絡 | |

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囲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

| | |
|--|---|
| | <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤注入 実施時間（ ）（ <input type="checkbox"/> 食事・水分注入前 <input checked="" type="checkbox"/> 食事・水分注入後） 内容（ 抗てんかん薬（液剤） ） （注意点など）注入後は30 mlの水でフラッシュし、30分間安静。副作用（眠気・発疹）に注意 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 酸素療法 | <input checked="" type="checkbox"/> 酸素投与量（ 1 ）L/分 <input checked="" type="checkbox"/> その他（開始基準、流量調整のための基準等） SpO ₂ が92%未満になった場合に開始。5分以上改善しない場合は、1.5L/分に増量 最大酸素流量は3.0L/分まで 緊急対応：酸素3.0L/分でも改善しない場合は、アンビューバッグに酸素を接続し、 15回/分で換気しながら緊急搬送 |
| <input checked="" type="checkbox"/> その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・血糖値管理：毎食前に測定。インスリン注射は医師指示量に従い実施 血糖値 80～130mg/dL → 投与なし、131～180mg/dL → 1単位、181～250mg/dL → 2単位 251～300mg/dL → 3単位、301mg/dL以上 → 保護者へ連絡、医師判断で対応 ・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。皮膚状態に注意 |

※必要に応じて、枠を大きくしてください