　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（第２号様式）

第12条第1項

|  |
| --- |
| **本指示書の指示期間** |
| ①　令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日まで |
| ②　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（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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | |
| 住所 |  | | | | 性別 |  |
| 診断名 |  | | | 診察券番号 | | |
| 現在の健康状態等 |  | | |  | | |

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、看護師の指導の下に行ってください。

※　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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※　該当の指示内容に☑（チェック）・下線部に数値等を記入してください。 | | | | |
| 医療的ケアの内容 | 経管栄養 | * **ミキサー食、半固形栄養剤**等（注入内容物　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　）の注入   □　胃ろう・腸ろうによる注入（ボタンの種類　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　サイズ　　　　　Fr）  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）   * **液体（液体栄養剤、水分）**等の注入   □　経鼻経管栄養（サイズ　　　　　Fr　　　　総長　　　　　　cm　　　　挿入長　　　　　　cm）  □　胃ろう・腸ろうによる注入（ボタンの種類　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　サイズ　　　　　Fr）  　　　総注入量（　　　　　　　　　　　　　　　　mlを注入）　　□　1回で注入　　　□　（　　　　）回に分けて注入  〇　**液体栄養剤等**（注入内容物　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　）  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）  〇　**水分等**（注入内容物　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　）  注入速度目安（　　　　　　　　mlを　　　　　　　　秒　・　分　　程度で注入） | | |
| 備考 | □　チューブ洗浄後の空気注入（　　　　　　　ｍｌ）　　□　経口摂取可　　　　□　注入内容物の変更可  ※注入方法等で補足が必要な場合はこちらに記入してください。  例）複数回に分けて注入する場合、1回の注入量は５０ｍｌ以下とする。 | |
| 医療的ケアの内容  医療的ケアの内容 | 喀痰等の吸引 | ※　吸引時の挿入長の目安　（看護師：原則中咽頭まで　　教員：咽頭手前）  口腔内  吸引チューブの挿入長　　看護師　　　　　cm　　　・　　　教員　　　　　cm  □　持続吸引  鼻腔内  吸引チューブの挿入長　　看護師　　　　　cm　　　・　　　教員　　　　　cm  □　経鼻咽頭エアウェイ内　　　　　cm  ※吸引圧の基本は15～20kPa　　最大でも２５kPaを超えないこと。  気管カニューレ内部  カニューレの種類（　　　　　　　　　　　　　　）　　　内径　　　　　mm　　カニューレの長さ　　　　　cm  吸引チューブの挿入長　　□　カニューレ　・　□　人工鼻　の入口から　　　　　　　　cm  ※基本的に清潔な使い捨て手袋（必要に応じてピンセット）を使用する  □　滅菌手袋を使用  □　洗浄水は水道水可  ※吸引圧の基本は２０～２６kPa　　吸引時は指定された用具類を使用する。 | | |
| 備考 | ※吸引方法等で補足が必要な場合はこちらに記入してください。  例）吸引チューブは単回使用とする。 | |
| 導尿 | □　自己導尿の補助・援助  □　導尿（　　　　　　）時間毎、または（　　　　　　時）  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| その他 | 気管切開部のケア　　　　□　ガーゼ交換等　　□　カニューレバンド・たすき掛けの調整、交換  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 胃ろう・腸ろう部のケア　□　ガーゼ交換等　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 経鼻咽頭エアウェイ　□　必要時、経鼻咽頭エアウェイの挿入および抜去を行う  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　注意点等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 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 | | |
| 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　　　　　　　　　　　） | | |
| てんかん発作時の対応　□　発作止め与薬（薬剤名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　用量　　　　　　　　　　　　　　）  使用条件：例）◇◇な状態が、●〇分間続いた時 | | |
| □　人工呼吸器使用時の安全確保　　 □　添付文書での指示あり  □　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。  気管カニューレ・胃ろう・腸ろうの事故抜去、呼吸悪化時の対応はこちらに記入してください。  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。  □　原則の対応（保護者による対応、救急搬送）を行う  □　以下のような対応を行う | | |

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 | |
| ① | 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 | |
| ② | 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。

　　また、学校で実施しているケアの内容等につきましては、「横浜市立特別支援学校（学校看護師配置校）における医療的ケアガイドライン」をご参照ください。

**※薬の処方について、こちらに記載してください。（お薬手帳、処方箋の写し可）**

　　　　　　　　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。

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 生年月日 | 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、☑（チェック）をご記入願います。 | | |