

記載例

(宛先) 施設名 _____
施設長名 _____

区役所への提出時には
この欄は記入しないで
ください。

医療機関名 ○○病院

医師氏名 ○○○○

所在地 ○○○○

電話番号 ○○○-○○○-○○○○

保育所等における医療的ケアの意見書兼指示書

保育所等における医療的ケアの実施について、下記のとおり指示します。

記

対象子ども氏名	○○○○
生年月日	平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
性別	男 ・ 女
診断名	(1) 二分脊椎症
	(2) 神経因性膀胱・便秘
	(3)
現在までの経過(治療内容や現在の状況等)および今後の見通し	<ul style="list-style-type: none"> ・二分脊椎症で、跛行があるため、歩行が不安定 自立歩行はできるが、サポートは必要 ・排便もうまくできないため、排便を促す薬(モビコール)を服用して いる。他に、尿意切迫感を抑える薬(プロビベリン)も服用して いる。 ・治療に関しては、左脚に装具を付けて、リハビリ歩行訓練を受けて いる。
集団保育の中での生活	<input checked="" type="checkbox"/> 可能 (理由: 本人の病状も安定しており、緊急時等にも直ちに生命の危機はないと考えられるため) <input type="checkbox"/> 不可能 (理由:)
※「不可能」にチェックの場合には、裏面以降の記入は不要です。	

保育所等における生活の中で必要な医療的ケア

① 経管栄養 (胃ろう / 腸ろう / 経鼻)

胃ろう：種類() サイズ()Fr 固定水()ml
 腸ろう：サイズ()Fr 挿入の長さ()cm
 経鼻：サイズ()Fr 挿入の長さ()cm

実施時間、栄養剤の種類・量、注入時間

実施上の留意事項
 (胃残量があったとき、注入中にカテーテルが抜去したときの対応等を含む)

② 導尿

カテーテル：サイズ(10)Fr 挿入の長さ(4～5)cm

実施時間

11:00 と 15:00

実施上の留意事項
 (出血時の対応等を含む)

水分摂取・定期的な導尿

園で2回 導尿をお願いします。
 尿の色が濃い時、混濁が強い時は 水分摂取をお願いします。

③ たん吸引 (気管内 / 口腔内 / 鼻腔内)

気管切開チューブ：種類() サイズ()

吸引カテーテル：サイズ()Fr 吸引圧()kPa以下

挿入の長さ：気管内吸引()cm 口腔吸引()cm 鼻腔吸引()cm

実施上の留意事項
 (気管内出血等があったときの対応等を含む)

④ 酸素吸入

流量()L/分

実施上の留意事項
 (流量変更等を含む)

⑤ ネブライザー吸入

実施時間、薬剤の種類

実施上の留意事項

⑥ インシュリン注射（血糖測定も含む）	
血糖測定時間	
インシュリン注射時間、薬剤の種類、投与量	
実施上の留意事項 （低血糖時、食事摂取量が少ない時等の対応等を含む）	
⑦ その他医療的ケア（ ）	
実施回数・実施時間	
実施上の留意事項	
⑧ その他医療的ケア（ ）	
実施回数・実施時間	
実施上の留意事項	
保育所等における生活上での注意・配慮事項	
<p>・尿の濁り・におい・熱があれば、尿路感染症が疑われるので、早めに受診してください。</p>	

緊急時の対応

予測される緊急時の状況
(けいれん発作、カテーテル
類の抜去、SP02低下、転倒な
ど)

対応
(薬剤投与、救急要請など)

尿の出が悪い時、尿に血
液が混ざる時

両親と主治医に連絡後、受診をお願いします。
緊急時には〇〇病院に救急搬送をお願いします。

上記の記載内容について同意します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

保護者氏名 _____ 〇〇〇〇 _____