

主治医指示書

徳島県立みなと高等学園校長 殿

保護者から依頼がありました生徒の医療的ケアを実施するよう看護師に指示します。

1 ○○△△△△ 科 ○ 年 生徒氏名 ▽▽ △△

2 学校で対応可能な医療的ケアの内容と範囲

医療的ケア名	具体的内容および範囲, 薬剤名	実施条件・留意事項
☒ 吸引	(例) 痰がからんで自力で喀出できないとき	(例) 鼻出血しやすいので 口腔から実施
☐ 経管栄養		
☐ 人工呼吸器管理		
☐ 導尿介助		
☒ 与薬	↓ 朝・昼・夕等の1日分をすべて記入してください (例) ①セレニカR錠 800mg/日 (朝400mg・夕400mg) 食後 ②テグレート細粒 220mg/日 (朝100mg・夕120mg) 食後 ③ロゼレム錠 8mg 就寝前 ・臨時薬はその都度処方する。 ・薬剤名等は処方箋, 薬剤情報提供書等のとおり。	(例) ②のみ ・オブラートで内服 ・変更時は処方箋等をもって与薬欄を変更する。
☒ 坐薬の挿入	(例) ダイアップ坐薬 10mg 1個	(例) ・3回以上発作が治まらない時 ・10分以上発作が続く時
☐ 気管切開部ケア		
☐ 酸素療法		
☒ 吸入	(例) 痰の喀出が困難な時または 呼吸音がゼーゼーいう時 生食1ml+ビソルボン1ml	(例) 座位で行う
☒ 緊急時の対応	(例) 発作持続時は○○病院あるいは、 徳島赤十字病院を受診すること。	
☒ その他 ←	臨時薬を処方される場合に必要です。 左記のチェックと下記の一文を必ず御記入ください。 ↓ 臨時薬はその都度処方する。 (風邪薬, 鎮痛・解熱剤など)	(例) 発熱時 38.0℃以上の時 ※様式5を使用する

令和○○年 ○月○○日

医療機関名 ○○○○医療センター ○○○○科

電話番号 ○○○-○○○-○○○○ 主治医氏名 ○○ ○○ 印