

(様式1) (表面)

## 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
<input type="checkbox"/> 吸引		
<input type="checkbox"/> 経管栄養		
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器管理		
<input type="checkbox"/> 導尿介助		
<input type="checkbox"/> 与薬	<ul style="list-style-type: none"><li>・臨時薬はその都度処方する。</li><li>・薬剤名等は処方箋, 薬剤情報提供書等のとおり。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・変更時は処方箋等をもって与薬欄を変更する。</li></ul>
<input type="checkbox"/> 坐薬の挿入		
<input type="checkbox"/> 気管切開部ケア		
<input type="checkbox"/> 酸素療法		
<input type="checkbox"/> 吸入		
<input type="checkbox"/> 緊急時の対応		
<input type="checkbox"/> その他		

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 主治医氏名 \_\_\_\_\_

印