

令和 年 月 日

一般社団法人ひかり 様

保護者名

㊟

## 医療的ケア実施依頼書

下記の医療的ケアについて依頼します。

- 園児名
- 依頼する医療的ケア
- 主治医について
  - 主治医名
  - 病院・医院名（診療科目）
  - 病院・医院（住所・電話番号）
- 緊急時搬送医療機関
  - 主治医名
  - 病院・医院名（診療科目）
  - 病院・医院（住所・電話番号）
- 健康状態、投薬等その他の留意点

医療的ケア実施に関する意見書及び指示書

一般社団法人 ひかり  
ますかつと 様

記入日： 年 月 日

医療機関名：

電話番号：

医師名： 印

児童名： 生年月日： 年 月 日（ 歳 カ月）

疾患名：

指示内容

※実施する項目の左のマスに○をつけてください

<口鼻腔内吸引>

・サイズ Fr ・挿入長さ cmまで ・吸引圧 Kpa  
・注意点（ ）

<気管内吸引>

・サイズ Fr ・挿入長さ cmまで ・吸引圧 Kpa  
・注意点（ ）

<経管栄養>

鼻腔 口腔ネラトン 胃ろう 腸ろう

・サイズ Fr ・挿入長さ cm ・固定水 cc

・栄養剤（種類・量）

・1回の注入時間 分

・チューブ抜去、閉塞時の対応

（ ）

・胃残が多い時、血液混入時の対応等

（ ）

<気管切開部の管理>

単純気管切開 喉頭気管分離 その他（ ）

・カニューレ（種類） ・カフ有 cc

・内径 cm ・先端から入口の長さ cm ・肉芽 有・無

・カニューレ抜去及び閉塞時、気管内出血時の対応

（ ）

<吸入>

・（薬剤名） ・1回量 ml

・注意点（ ）

<エアウェイの管理>

・（種類） ・サイズ ・長さ cm

