様式１

（主治医→校長）

徳島県立徳島視覚支援学校長　殿

**記　入　例**

主治医指示書（新規用・継続用）

「新規用」にマルを

ご記入ください

保護者から依頼がありました幼児児童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　　　**○○**部　　　**○○**年(組)　幼児児童生徒氏名　　**△△△△**　←ご記入ください

下記の該当欄の内容について，ご記入ください。（※訂正時は訂正印をお願いします）

２　診断名　　　　**○○○○**←ご記入ください

３　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 | 具体的内容及び範囲，薬剤名 | 実施条件，留意事項 |
| **レ**与薬依頼するケアの□欄にチェックを入れてください | 1. ｾﾙｼﾝﾄﾞﾗｲｼﾛｯﾌﾟ0.1％4.8ml分３毎食後
2. ヒアレイン点眼薬

4×両（朝・昼・夕・寝る前）1. ｴﾝｼｭｱﾘｷｯﾄﾞ(250ml)２缶　分○

・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。 | ・変更時は処方箋等をもって与薬欄を変更する。 |
| レ座薬の挿入 | けいれんが５分以上続く時ダイアップ坐薬10mg　1個　挿肛 |  |
| レ吸引 | 口腔内・鼻腔内　適宜 | 鼻水や痰が多い時 |
| □吸入 |  |  |
| レ経管栄養 | 胃ろうより，ミキサー食，水分　適宜 | 量は保護者指示により変更可 |
| □気管切開部ケア |  |  |
| □酸素療法 |  |  |
| □人工呼吸器管理 |  |  |
| □導尿介助 |  |  |
| レ義眼の脱着，洗浄，調整 | ○義眼を外す時は下眼瞼を引っ張って取り出す。○義眼の洗浄　　　　　　　　　水道水で洗浄する。○義眼の装着時義眼の装用方向を確かめ,上眼瞼の裏側の空間に滑り込ませる感じで入れる。○水泳学習時は義眼装用したままで可。 | スポイト使用可とする |
| レ緊急時の対応 | 発作が5分以上続くようであれば，ダイアップ坐薬10mg1個挿肛し，○○病院に緊急搬送する。 |  |
| □その他 |  |  |

令和　　**△**年　**△**月　**△**日

医療機関名 　　**○○○○　病院**

主治医氏名　　　　□本　□男　　　　　　　　印

電話番号 △△△（△△△△）△△△△

ご記入・押印お願いします