

(様式1) (表面)

# 主治医指示書

徳島県立ひのみね支援学校長 殿

保護者から依頼がありました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 児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

2 診断名 \_\_\_\_\_

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		
<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		

※指示内容が枠内におさまらない場合は, 裏面へ記載をお願いいたします。

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

医療機関名 \_\_\_\_\_

主治医氏名 \_\_\_\_\_ 印

(様式1)(裏面)

主治医指示記載欄

(指示内容が前項枠内におさまらない場合や、変更等が生じた場合に使用)

医療的ケア校内委員会承諾書

主治医指示書のとおり、医療的ケアを実施することを承諾します。

学校医	校長	教頭	学部長	保健主事	担任	看護師	養護教諭

学校医からの意見 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_