

大田区重症心身障がい児(者)等在宅レスパイト・就労等支援事業 医師指示書

標記事業の利用は差し支えありませんので、下記のとおり指示します。

指示期間(年 月 日～ 年 月 日)

対象者氏名		生年月日	年 月 日(歳)	
対象者住所	郵便番号			
保護者氏名		電話番号		
主たる疾患・障がい				
現在の心身の状況(該当項目に○、空欄には必要事項を記入)	病状・治療状態			
	投薬中の薬剤の用量・用法	1 3 5	2 4 6	
	身体機能	寝たきり	支えて座位 自立座位	歩行困難 歩行可能
	意思疎通	全くできない	表情で確認 動作で確認	言語で可能
	大島分類(1～4)	重症心身障害児(者)に 該当する		該当しない
	医療的ケアの状況	1	人工呼吸器(換気経路: 鼻マスク 気管切開 気管内挿入) (使用時間: 常時 夜間のみ その他()) (設定:)	
		2	たん吸引 (口鼻腔 経気管) (回/日程度吸引)	
		3	ネブライザー (回/日) (継続使用 要 ・ 不要)	
		4	酸素療法 (流量 リットル/分)	
		5	経管栄養 (経鼻 胃ろう 腸ろう :サイズ) (注入ポンプ使用: 有・無)	
6		気管切開 (カニューレサイズ:)		
7		鼻咽頭エアウェイ		
8		留置カテーテル (部位: サイズ:)		
9		導尿 ※人工膀胱を含む (回/日)		
10		人工肛門		
11		中心静脈栄養		
12		腹膜透析		
13		その他()		
けいれん	有 ・ 無(頻度:)抗けいれん剤(毎日 ・ 必要時)			
家族不在時の、訪問看護実施上の留意事項及び指示内容 (1) 日常生活の援助をする上での留意事項(無呼吸やけいれん時の対応、易骨折状態等、特に留意すべき点についてご教授ください。)				

(裏面)

- (2) おおむね2～4時間の見守りをするときの、訪問看護実施上の医療行為に関する指示
- 1 呼吸管理 人工呼吸器の管理 たん吸引(気管切開 気管内チューブ 口鼻腔)
 - 酸素吸入 薬液注入 排痰補助装置による排痰
 - その他()

 - 2 栄養管理 栄養剤注入 胃ろうチューブ抜去時の対応()
 - その他()

 - 3 排泄管理 膀胱留置カテーテルの管理 導尿 その他()

 - 4 その他

緊急時の連絡先

不在時の対応法

特記事項(重度のてんかん等訪問看護師によるケアが必要な場合、薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、感染症等がありましたら、記載してください。)

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

ファクシミリ番号

医師氏名