

医療的ケア指示書（短期入所用）

以下の通り、利用時間内における医療的ケアの実施を指示致します。

1. 利用者名：男・女 昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)
2. 診断名：
3. 実施期間：令和 年 月 日～令和 年3月31日
4. 指示内容

[illegible]

屯 用 薬	無 ・ 有	<input type="checkbox"/> 不安・不穏時:薬剤名()
		<input type="checkbox"/> 緊張時:薬剤名()
		<input type="checkbox"/> 胸痛時:薬剤名()
		<input type="checkbox"/> その他:症状()・薬剤名()
そ の 他	処置名	内容・留意点
	<input type="checkbox"/> 導尿	●カテーテルサイズ : ()Fr
	<input type="checkbox"/> 浣腸	●量 : ()ml ・肛門挿入長 : ()cm
	<input type="checkbox"/> 吸入	●使用薬剤 : ()
	<input type="checkbox"/> 血糖測定	●測定時間 : () ●血糖降下薬 : 無・有(薬剤名:)
	<input type="checkbox"/> 軟膏処置	●薬剤名 : () ●塗布部位 : ()
	<input type="checkbox"/> その他処置	●処置名 : ()

5. てんかん発作について

●てんかん発作 : 無 ・ 有	【発作時の対応】(薬剤名、量など)
●てんかん発作のタイプ : ()発作	
●てんかん発作時の症状 :	
	【配慮事項(緊急搬送の判断基準などを含む)】

上記の内容を記載しました。

令和 年 月 日

医療機関名:

住所:

TEL:

医師名: 印

医療的ケア指示書に記載された内容を確認しました。

令和 年 月 日

上記内容をご家族と確認しました。

令和 年 月 日

利用者氏名: 印

担当職員氏名: 印

ご家族氏名: 印