

## 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. 診斷名：

3. 実施期間：令和 年 月 日～令和 年 3月 31日

#### 4. 指示内容

専用薬	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"/> 洗腸	●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 ●てんかん発作のタイプ : ( )発作 ●てんかん発作時の症状 :	<b>【発作時の対応】(薬剤名、量など)</b>  <b>【配慮事項(緊急搬送の判断基準などを含む)】</b>
---	---

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。

上記内容をご家族と確認しました。

令和 年 月 日

令和 年 月 日

利用者氏名:

印

担当職員氏名:

印

ご家族氏名:

印