

## 主治医指示書

\*以下のとおり、利用時間内における医療的ケアの実施を指示いたします。

1.利用者氏名 \_\_\_\_\_ 女・男 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月)

2.診断名 \_\_\_\_\_

### 3. 指示内容

	ケア内容・留意事項	
吸 引	<input type="checkbox"/> 口腔内：吸引チューブ ( _____ Fr) 挿入長さ ( _____ cm) 吸引圧 ( _____ ~ _____ kPa) <input type="checkbox"/> 鼻腔内：吸引チューブ ( _____ Fr) 挿入長さ ( _____ cm) 吸引圧 ( _____ ~ _____ kPa) <input type="checkbox"/> 気管カニューレまたは気管内： 吸引チューブ ( _____ Fr) 挿入長さ ( _____ cm) 吸引圧 ( _____ ~ _____ kPa)	
	<b>【留意点】</b>  <<気管カニューレ>> <input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> 人工鼻 <input type="checkbox"/> スピーチカニューレ ・種類 ( _____ ) サイズ ( _____ Fr) ・挿入長さ ( _____ cm)	
吸 入	<input type="checkbox"/> 吸入時間 ( _____ : _____ ) ( _____ : _____ ) ( _____ : _____ ) 吸入内容・量 ( _____ )	<b>【留意点】</b>
経 管 栄 養	<input type="checkbox"/> 経鼻留置 ・種類 ( _____ ) サイズ ( _____ Fr) ・挿入長さ ( _____ cm) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう ・種類 ( _____ ) サイズ ( _____ Fr) ・挿入長さ ( _____ cm) ・固定水 ( _____ ml) ・Yガーゼなど ( _____ ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	<b>【抜去時の指示】</b>
	<input type="checkbox"/> 栄養剤 実施時間 ( _____ : _____ ~ _____ : _____ ) 内容・量 ( _____ ) 注入速度 ( _____ 分) 胃残：胃残 ( _____ ml) 未満の時、全量注入 胃残 ( _____ ~ _____ ml) の時、差引注入 注入中止 ( _____ ) 性状に異常がある場合	<input type="checkbox"/> 水分 実施時間 ( _____ : _____ ) ( _____ : _____ ) ( _____ : _____ ) 内容・量 ( _____ ) 注入速度 ( _____ 分) 胃残：胃残 ( _____ ml) 未満の時、全量注入 胃残 ( _____ ~ _____ ml) の時、差引注入 注入中止 ( _____ ) 性状に異常がある場合
	注入姿勢： <b>【留意点】</b>	
酸 素 管 理	<input type="checkbox"/> ・酸素流量 ( _____ L/分) ・経鼻カニューレ・マスク・その他 ( _____ ) ・酸素飽和度：安静時 ( _____ ) %	<b>【酸素流量増減の指示】</b>
	<b>【留意点】</b>	

