

様式4

医療的ケア指示書

医療的ケアについて、下記のとおり指示いたします。 指示期間(年 月 日～ 年 月 日)

児童	氏名		年 月 日(歳児)
	主たる疾患名		

実施する 医療的ケア ※該当の指示 内容にチェック		<input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input type="checkbox"/> たん吸引(<input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他 ())
指示内容	医療的ケア 実施者へ の指示	
	緊急時の 対応	
	保育所等 での生活 の注意点	

木津川市長 宛て

上記のとおり、指示いたします。

記入日 年 月 日

医療機関名

医師署名