

大田区重症心身障がい児(者)等在宅レスパイト事業 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		性別	女 男	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	
	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) 3 酸素療法 (流量 ㍈/分) 4 経管栄養 (経鼻 胃ろう 腸ろう : サイズ) (注入ポンプ使用: 有・無) 5 気管切開 (カニューレサイズ:) 6 鼻咽頭エアウェイ 7 留置カテーテル (部位: サイズ:) 8 人工膀胱 9 人工肛門 10 中心静脈栄養 11 腹膜透析 12 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 _____ 〇印