【様式４】（Ａ面）　※本紙（Ａ面）と次頁（Ｂ面）を、Ａ４両面（又はＡ３片面）で印刷の上、使用する。

　福岡県立　　　　　学校長　殿

　福岡県立　　　　　学校看護職員　殿

医療的ケア指示書

学校生活において必要となる医療的ケアについて、下記のとおり指示します。

記

１　幼児児童生徒氏名

２　医療的ケアの実施者　　貴校看護職員

３　医療的ケアの内容

|  |
| --- |
| 具体的な実施内容・方法、留意事項等 |
| [ ] たんの吸引 | [ ]  口腔内　　[ ]  鼻腔内　　[ ]  気管カニューレ（気管内）　　[ ]  持続吸引 |
|  |
| [ ] 経管栄養 | 　[ ]  経鼻経管　　[ ]  胃ろう　　[ ] 　腸ろう　　[ ]  その他（　　　　　　　） |
|  |
| [ ] 導尿 |  |
| [ ] 酸素療法 |  |
| [ ] 人工呼吸器 |  |
| [ ] 吸入 |  |

※　校外学習時（屋外・学校外の施設）において、指示内容が通常と異なる場合は併せて記入してください。

【様式４】（Ｂ面）

４　医療的ケア実施上の留意事項、緊急時の対応等

|  |
| --- |
|  |
| ※　欄が不足する場合は、別紙に記入してください。　　　別紙　　[ ]  有 |

５　指示期間

　　令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　令和　　　年　　　月　　　日

 　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主　治　医

（署名又は記名押印）

※　指示期間の更新

|  |
| --- |
| 指示内容に変更はありませんので、指示期間を令和　　　年　　　月　　　日まで更新します。　　　令和　　　年　　　月　　　日 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主　治　医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印） |

|  |
| --- |
| 指示内容に変更はありませんので、指示期間を令和　　　年　　　月　　　日まで更新します。　　　令和　　　年　　　月　　　日 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主　治　医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印） |

（様式４別紙）

|  |  |
| --- | --- |
| 幼児児童生徒氏名 |  |
|  |