

保護者氏名 _____ 様

医療機関名 _____

連絡先 _____

医師名 _____



医療的ケアに関する指示書(杉並区学童クラブ_看護師実施)

標記の件について、下記のとおり指示します。 指示期間 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日)

| | | | | | | |
|--------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------|---|
| 在籍(予定)学童クラブ | | 学童クラブ | | | | |
| 対象者 | 氏名 | | | 生年月日 | 年 月 日 歳 | |
| | 主たる疾患名 | | | | | |
| ※該当の指示内容に☑(チェック)・数値等を記入してください。 | | | | | | |
| 実施行為種別 | <input type="checkbox"/> 血糖値測定 | <input type="checkbox"/> インスリン注射 | <input type="checkbox"/> インスリンポンプ | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 血糖値測定及びインスリン注射 具体的指示内容 | 血液感染症検査の結果 | HBs 抗原 () | HBs 抗体 () | HBe 抗原 () | HBs抗原陽性の場合検査を実施する | |
| | 検査日 月 日 | HIV 抗体 () | HCV 抗体 () | | | |
| | インスリン投与の方法 | <input type="checkbox"/> ペン型簡易注射器 | | <input type="checkbox"/> インスリンポンプ | | |
| | 使用器具等 | インスリンにかかわる機器名 | | | | |
| | | 血糖値測定器名・穿刺器具名 | | | | |
| | インスリン名 | 基礎インスリン: | | ボーラスインスリン: | | |
| | <input type="checkbox"/> 定時の血糖値測定及びインスリン注射について | | | | | |
| | 血糖値測定時間 | ① | ② | ③ | その他 | |
| | インスリン注射時間・単位 | 昼食前 | : | ()単位 | おやつ前 | : |
| | | | | ()単位 | | |
| 条件による測定について | | | | | | |
| ・血糖値測定が必要となる条件 | | | | | | |
| [] | | | | | | |
| 緊急時の対応について | | | | | | |
| ・低血糖(mg/dl以下) | | | | | | |
| [] | | | | | | |
| ・高血糖(mg/dl以下) | | | | | | |
| [] | | | | | | |
| (特記事項) | | | | | | |
| [] | | | | | | |

| | |
|--------------------------|-------------------------------|
| 大震災発生時の対応について | (保護者が迎えに来ることができないときの具体的対応内容) |
| <input type="checkbox"/> | その他(上記書式に記入できない場合等に使用してください。) |
| | |

本書の内容について、杉並区児童青少年課又は在籍(予定)学童クラブから主治医に問い合わせる場合があります。