（別紙様式２　西宮市立西宮支援学校用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 令和　　年（２０　　年）　　　月　　　日

西宮市教育委員会　様

西宮市立西宮支援学校長　様

医療機関名

主治医名

医療的ケア実施指示書

保護者から依頼のあった児童・生徒に対し、西宮市立西宮支援学校において実施される医療的ケアについて下記のとおり指示する。

記

１　小学部・中学部・高等部　　　　年　　　児童生徒名

２　診断名（障害名）

３　意見内容（指示内容）　必要な事項にチェックし、必要に応じて内容等記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療的ケア等の内容 | 実施方法 | 緊急時の対応 |
| 吸引  □口腔内  （　　）Fr・挿入（　　）cmまで  □鼻腔内  （　　）Fr・挿入（　　）cmまで  □気管カニューレ内  （　　）Fr・挿入（　　）cmまで  気管カニューレサイズ（　　）Fr | 左記の他に具体的な指示があれば、ご記入ください。 | カニューレ抜去時は  □病院受診  □学校内の看護師にて再挿入。保護者に連絡。  ・再挿入時の注意点 |
| □喉頭気管分離術　　　□永久気管孔  □気管攣縮　　　　　　□腕頭動脈ろう  □その他 |
| 経管栄養  □経鼻腔  □経胃ろう  □経腸ろう  □その他（　　　　　　　　　） | チューブ  （　　　）Fr・挿入長さ（　　）cm  栄養剤名（　　　　　　）を  量（　　　）ｍｌ（　　　）分かけて注入。 | チューブ抜去時は  □病院受診  □保護者による挿入  □校内の看護師にて行う処置  胃ろうボタンバルーンの水を抜き、再挿入後テープ固定。再注入は、保護者又は医師にて確認後施行。 |
| 薬液吸入  □定時の吸入  時間（　　　　　　　　　　　　）  □体調の変化による吸入 | 生理食塩水（　　　　　　　　）ml  薬剤（　　　　　）を（　　　）ml  薬剤（　　　　　）を（　　　）ml |  |
| シャント（　有　　・　無　）  　　□Ｖ－Ｐ　□Ｖ－Ａ　□Ｌ－Ｐ |  |  |
| てんかん発作（　有　・　無　）  　□ＶＮＳ　　□ＩＴＢ療法  　□その他  発作の型と頻度 | 発作時の対応  　薬剤名（　　　　　　　　　　　）  　量（　　）mgを（　　　）個  　必要な状況および注意点 | 救急搬送の目安 |
| □その他の医療的ケア  （宿泊行事中の夜間の医療的ケアも含む）  例：導尿、浣腸、人工呼吸器の設定（CPAP  含む）、酸素吸入等 |  | 救急搬送の目安 |

裏面に記入事項あり

４　宿泊行事に関して（現時点で）

　　・今年度はありません

・今年度実施予定です

**宿泊行事への参加（　可　・　条件付で可　）　　・保護者の付き添い（　要　・　学校と相談　）**

**乗車可能時間　　（　　　　　　　分程度　）**

|  |
| --- |
| 参加の場合、医学的立場からみた留意点 |

※最終判断

**・宿泊行事への参加（　可　・　条件付で可　）　　・保護者の付き添い（　要　・　学校と相談　）**

５　校外学習に関して

・今年度はありません

　　・今年度実施予定です

**校外学習への参加（　可　・　条件付で可　）　　・保護者の付き添い（　要　・　学校と相談　）**

**乗車可能時間　　（　　　　　　　分程度　）**

|  |
| --- |
| 参加の場合、医学的立場からみた留意点 |

６　医療的ケア内容変更・追加欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指示変更日 | 主治医記入欄（意見指示変更の内容をご記入ください） | Dr.サイン |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

６　緊急時に指示または搬送することができる連絡先

　　（　　　　　　　　　　　　　　）病院　　電話（　　　　　　　　　　　　　　　）

（　　　 　　　　　　　　　　）Ｄｒ．

７　医療的ケアの実施を指示する期間

　 令和７年（２０２５年）　４月　　１日　　　～　　令和８年（２０２６年）　３月　　３１日