様式第２号（第５条、第８条関係）

小金井市重症心身障害児（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、次のとおり指示します。

指示期間（　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで）

※太枠内を記入の上、医師にお渡しください。

対象者氏名		生年月日	年　　月　　日生（　　歳）
対象者住所	郵便番号		
保護者氏名		電話番号	

主たる疾患（障害）		
現在の心身の状況（該当項目に○、空欄等は必要事項を記入）	病状・治療状態	
	投薬中の薬剤の用量・用法	1　　2 3　　4 5　　6
	身体機能	寝たきり　　支えて座位　　自立座位　　障害歩行　　歩ける
	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　　気管内挿管　） （使用時間：　常時　　夜間のみ　　その他（　　）） （設定：　　） 2　たんの吸引（　口鼻腔　　経気管　）　　3　酸素療法　（流量　　1／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　鼻咽頭エアウエイ 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

Ⅰ　日常生活援助上の留意事項（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御教示ください。）

Ⅱ　おおむね２～４時間の見守りを内容とする訪問看護実施上の医療行為に関する指示

1　呼吸管理　　人工呼吸器管理　たんの吸引（　気管切開　気管内チューブ　口鼻腔　）　酸素吸入
薬液吸入　排痰補助装置による排痰　　その他（　　）

2　栄養管理　　栄養剤等注入　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、感染症等があれば記載してください。）

年　　月　　日

（宛先）小金井市長

医療機関名
住所
電話番号
医師氏名　　㊞