都１－１③ （主治医→校長）

医療的ケア指示書（介護職員等喀痰吸引等指示書）

　　　　　　　初期食シリンジ注入指示書

都立　　　　　学校・学園　　　　　　　児童・生徒名

指示期間　令和 年 月　日　～　令和　 年 月　日

|  |  |
| --- | --- |
| **注入量** | 初期食　合計注入量（　　　 　）mL |
| 初期食以外の水分：注入の（前・後）内容（　　　）量（　）mL |
| **食物アレルギー**  **その他の　禁忌食材** | 食物アレルギーのため除去すべき禁忌食材  □無  □有①（ 　）検査日　年　月　日　□血液検査　□負荷試験  ②（　　　）検査日　年　月　日　□血液検査　□負荷試験  ③（　　　）検査日　年　月　日　□血液検査　□負荷試験 |
| その他の禁忌食材  □無 ・ □有（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **注入方法・速度** | 胃ろうから、１回に（　　　）mLずつを　約（　　　）分で注入  途中でのインターバル　□無　　□有（　　　）分開ける  全注入後のフラッシュ　白湯注入量　　（　　　）mL |
| **前吸引、　胃残への対応** | 胃残量が（　 　）mL未満の時はそのまま予定量を注入  胃残量が（　　 ）mL以上（　　）mL未満の時（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  胃残量が（　　 ）mL以上の時（　　　　　　　　　　　　　　　　）  胃残の色、性状に異常がある場合の対応 |
| **その他** | 詰まった場合の対応　□白湯を（　　　）mL注入する  □ミルキング　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実施における留意点、特記事項  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  アレルギー反応があった場合（緊急時対応、搬送する医療機関等） |
| **家庭での実施** | 食事の注入経験　　□無 |
| □有　（　　年　　か月）  □朝食を注入　□昼食を注入　□夕食を注入 |

令和　 年 　 月　　日　　　　　　 医療機関名

医師名