

**新宿区重症心身障害児等在宅レスパイトサービス 医師指示書**

下記の指示のとおり実施する限りにおいて、標記事業の利用は差し支えありません。  
事業の実施にあたっては、訪問看護ステーションにこの書面の写しを渡してください。

発行日 年 月 日

対象者氏名		男女	生年月日	年 月 日 ( 歳)		
対象者住所	〒					
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	1 寝たきり	2 支えて座位	3 自立座位	4 歩行障害	5 歩ける
	知的発達	1 最重度	2 重度	3 中度	4 軽度・境界	5 不明
	意思疎通	1 全くできない	2 表情で確認	3 動作で確認	4 言語で可能	
	医療的ケアの状況	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 l/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 鼻咽頭エアウェイ		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 けいれん		(有 無)	抗けいれん剤の使用	(有 無)		
13 その他	( )					
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【医療機関			】【家族			
不在時の対応法						
特記事項（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。）						

※ 太枠内を記入の上、医師にお渡しください。

年 月 日

新宿区長

医療機関名  
住所  
電話番号  
医師氏名

(FAX)