（参考様式）**主　治　医　指　示　書**

　　　　　　　　　　期間（平成　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）　※最長で１年間

■基本事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童生徒氏名 | |  | 性別 | 男・女 | | 生年月日 | | 平成 年 月 日 | |
| 診 断 名 |  | | | | | アレルギーの有無 | | | 有　・　無 |
| 慢性感染症の有無 | | | 有　・　無 |
| 状態・症状等 |  | | | | | アレルギー及び慢性感染症の内容と注意 | | | |
| 受診状況 |  | | | | |
| 投与中の薬剤及び注意事項（副作用等） | |  | | | 検査所見 | | 脳波  血液検査  その他 | | |

　■指示事項

|  |  |
| --- | --- |
| □吸引 | □口腔　□鼻腔　□咽頭　□経鼻咽頭エアウェイ　□気管カニューレ  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □経管栄養 | □口腔ネラトン法　□経鼻胃管　□胃瘻  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ﾁｭｰﾌﾞｻｲｽﾞ（　　　　　　　　fr，固定 　　　　　　　cm）  【時刻と注入内容】 |
| □導尿 | □導尿　（　　　　　　　　　　　）時間毎　　　□自己導尿の補助・援助  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □気管切開ケア | □人工鼻の着脱　□ガーゼの交換　□気管ｶﾆｭｰﾚ（ｻｲｽﾞ　　　　，種類　 　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □酸素吸入 | □常時同じ条件での酸素吸入 　　□体調の変化による酸素吸入  □鼻腔カニューレ 　□酸素マスク　□経鼻咽頭エアウェイ　□気管カニューレ  【実施の目安と酸素流量】 |
| □噴霧吸入 | □常時同じ条件での吸入　　　□体調の変化による吸入  【実施の目安、薬剤名、量】 |
| □てんかん発作時の対応 | 発作の状態（発作型・頻度等）  発作時の対応・指示内容  発作時の座薬の使用  （座薬名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  【実施の目安・量】 |
| □その他 |  |
| 学校生活上の注意及び配慮事項 |  |
| 校外学習時の注意及び配慮事項 |  |
| 緊急時の連絡先：  不在時の対応法： | |

　　上記のとおり指示いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 平成 年 月 日

医療機関名

住　　　所

電　　　話

　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 　担当医師名 　　 　 印

殿