# 医療型特定短期入所 みくりキッズくりにっく　利用指示書

様式１-1

上記事業所の利用は差し支えありませんので、下記の通り指示します。

<table>
<tr><td>利用者氏名</td><td colspan="3"></td><td>性別</td><td>男　・　女</td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>診断名</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>病状・治療<br>現在の状態</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>投薬中の薬剤</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td rowspan="12">医療ケア状況</td><td rowspan="5">呼吸管理</td><td>□</td><td>気管切開</td><td colspan="4">カニューレ種類：<br>カニューレサイズ：　　Fr<br>カフ：あり・なし</td></tr>
<tr><td>□</td><td>人工呼吸器</td><td colspan="4">種類：<br>設定：</td></tr>
<tr><td>□</td><td>酸素</td><td colspan="4">使用時間：<br>使用量：</td></tr>
<tr><td>□</td><td>経鼻エアウェイ</td><td colspan="4">種類：<br>サイズ：<br>挿入長さ：</td></tr>
<tr><td>□</td><td>薬液吸入</td><td colspan="4">種類：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">栄養管理</td><td>□</td><td>経鼻</td><td colspan="4">サイズ：　　Fr　　cm固定</td></tr>
<tr><td>□</td><td>胃瘻</td><td colspan="4">サイズ：　　Fr　　cm固定、固定水　　cc</td></tr>
<tr><td>□</td><td>腸瘻</td><td colspan="4">サイズ：　　Fr　　cm固定、固定水　　cc</td></tr>
<tr><td rowspan="4">排泄管理</td><td>□</td><td>導尿</td><td colspan="4">サイズ：　　Fr　回数：　　回/日</td></tr>
<tr><td>□</td><td>膀胱瘻</td><td colspan="4">あり・なし</td></tr>
<tr><td>□</td><td>浣腸</td><td colspan="4">種類：　　指示量　　ml</td></tr>
<tr><td>□</td><td>坐薬</td><td colspan="4">種類：　　指示量</td></tr>
<tr><td>緊急時の対応</td><td colspan="8">緊急時は、当施設に併設しているみくりキッズくりにっくを受診いたします。救急搬送が必要な場合は、協力医療機関である国立成育医療研究センターへ搬送となります。<br>上記医療機関以外への搬送を希望する場合は、搬送先をご記入ください。<br><br>医療機関名：<br><br>連絡先　　：住所<br>　　：電話番号<br><br>診療科　　：　　主治医　：</td></tr>
</table>

様式１-2

| | | |
|---|---|---|
| 利用者氏名 | | |
| 基本バイタル | | 体温：　　℃、呼吸：　　回/分、脈拍：　　回/分、SPO2値：　　%<br>緊急対応が必要なバイタル：SPO2値　　%以下、脈拍　　回/分（以上・以下）<br>SPO2値　　%以上保持できないとき： |
| **医療ケアについて** | | |
| □ | 気管内吸引 | 必要（気管内吸引制限　　cm）・　不要<br>特記事項： |
| □ | 薬液吸入 | 必要（種類：　　）・　不要<br>特記事項： |
| □ | 水分制限 | あり（水分量　　ml/日）　・　なし<br>特記事項： |
| □ | 栄養 | 胃内容物残渣　　ml以上あるときの対応：<br>特記事項： |
| □ | 経口摂取 | 可（形状の制限：　　）　・　不可<br>特記事項： |
| □ | 導尿 | 必要（カテーテルサイズ　　Fr）・不要<br>特記事項： |
| □ | 気管カニューレ抜去時の対応（施設看護師による再挿入　可　・　不可）<br>腕頭動脈との位置：問題　あり　・　なし<br>特記事項： | |
| □ | 経管栄養チューブ抜去時の対応（施設看護師による再挿入　可　・　不可）<br>特記事項： | |
| □ | 痙攣時の対応について（薬剤の使用　あり　・　なし）<br>有の場合：薬剤名　　使用の目安：<br>特記事項： | |
| **活動について** | | |
| □ | 禁忌体位 | あり（内容　　）・　なし |
| □ | 外出 | 可　・　不可　　※基本的に看護師が付き添います |
| □ | 送迎車への乗車 | 可　・　不可　　※基本的に看護師が添乗します |
| **アレルギーについて** | | |
| □ | アレルギー<br>(薬剤・食物) | あり　・　なし<br>（ありの場合ご記入ください）<br>薬剤・食品名　：<br>緊急時の対応　：<br>活動などの制限： |

**医療法人社団のびた**
**医療型特定短期入所まんまる　御中**

令和　　年　　月　　日

医療機関名

住所・電話

医師氏名　　印