

横浜市立中村特別支援 学校長

医療的ケア等実施依頼書

学部 _____ 年 _____		児童生徒氏名 _____	
医療的ケア	<input type="checkbox"/> 経管栄養 経鼻経管 (挿入の長さ _____ cm _____ Fr) 胃ろう・腸ろう	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 気管切開の場合 水道水の使用、未滅菌手袋の使用について、主治医の指示がある場合は、 ✓を入れてください。 </div>	
	<input type="checkbox"/> 吸引 口腔：看護師 _____ cm 教員 _____ cm 鼻腔：看護師 _____ cm 教員 _____ cm 気管切開： _____ cm <input type="checkbox"/> 水道水可 <input type="checkbox"/> 未滅菌手袋可 ※ 吸引圧 _____ kPa		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 吸引がある場合は吸引圧を記入してください。基本的には20kPaです。25kPaで行う場合は、主治医の指示が必要です。 </div>		<input type="checkbox"/> 導尿 () 時間毎 実施時間 () <input type="checkbox"/> 服薬等 (処方については別添) <input type="checkbox"/> その他	
実施方法 (時間・回数等)	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> ・「中村特別支援学校の医療的ケア」のP5にも記入内容の例があります。特に、小学部4年生は、5年時より宿泊行事が始まりますので、夜間に必要な医ケアの記入も必要となります。 ・書ききれない場合は、2ページになっても構いません。 </div>		
留意事項 (保護者伝達事項)	●発作時の対応 <input type="checkbox"/> 見守りのみ <input type="checkbox"/> 発作が () 分以上続く場合、保護者へ連絡 <input type="checkbox"/> 発作が () 分以上続く場合、救急車を要請 <input type="checkbox"/> 坐薬の使用について () の状態の時 () () mg () 個挿入 ※普段と違う全身性けいれんが見られた時には救急車を要請します。 (プール「屋内外」での水遊びの可否、遠足、修学旅行、宿泊学習等の参加可否・配慮事項)		

学校での医療的ケアの実施について、上記のとおり依頼します。なお、依頼する内容は、家庭で常時実施し、安全を確認しています。

学校、および教育委員会が主治医と直接連絡を取り、安全な医療的ケア実施についての確認をしたり、指示や助言をいただいたりすることを了承します。

医療的ケアの一部の行為については、認定特定行為業務従事者として認定を受けた教員が行うことを承諾します。また、教員等が、認定特定行為業務従事者認定証取得のために行う研修において、実地研修のモデルとなることを了承します。

教員等がてんかん発作のために坐薬を使用した場合には、使用後に医療機関を受診します。

新規	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	保護者氏名 _____ 印

継続	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	保護者氏名 _____ 印