

オプション②

医療的ケアへの配慮・訓練等の記録

1. 医療的ケアの状況や身体の配慮について

処置や対応の内容（該当するものに○をつけてください）

※変更があった場合は用紙を再度印刷し、使用してください。（記入日 **RO年 2月 1日**）

<input type="radio"/>	気管切開の処置	点滴の管理
	吸引処置（ 回/日、一次的・継続的）	中心静脈栄養
	モニター測定（酸素飽和度 血圧 心拍）	透析
	経管栄養（経鼻）	ストーマ処置
<input type="radio"/>	経管栄養（胃ろう）	酸素療法
	褥瘡（床ずれ）	人工呼吸器
	体位交換	導尿
	カテーテル（留置・コンドーム型・その他 ）	その他（ ）
	疼痛の管理	その他（ ）

2. 医療的ケアの配慮について

※医療的ケア対応時の配慮事項や医療器具の取り扱い、学校医との連携などがあればご記入ください。

（記入日：**RO年 4月 1日**）

・気管切開の配慮について

通常は1時間に2回程度吸引が必要だが、風邪などひいたときは吸引回数が増えるので、痰がからんでいるようすがあれば吸引をお願いしたい。

（記入日：**RO年 4月 1日**）

・胃ろうのケアについて

注入は朝・昼・夜の3回しており、1回30分くらいかけている。昼に関しては学校でお任せすることになるが、注入方法・管理については、学校入学前に一緒に確認して伝えたい。誤ってチューブが抜けてしまった際は、すぐに連絡が欲しい。

（記入日： 年 月 日）

3. 訪問看護・訪問訓練

○利用している訪問看護・訪問訓練についてご記入ください

事業所名	頻度	利用期間
〇〇訪問看護ステーション 訪問看護	週2回	RO年4月1日～ 年 月 日
〇〇事業所 訪問によるPT訓練	週1回	RO年4月1日～ 年 月 日
		年 月 日～ 年 月 日

4. リハビリ（機能訓練）の経過

○利用しているリハビリ（機能訓練）についてご記入ください

リハビリ実施の病院・事業所名	頻度	利用期間
〇〇事業所 PT2回/月、OT2回/月	月4回	RO年4月1日～ 年 月 日
		年 月 日～ 年 月 日

5. 補装具等の配慮（使用している補装具に○を入れてください）（RO年 4月 1日）

<input checked="" type="radio"/>	補聴器	車いす	座位保持装置	義肢（義足・義手）
	めがね	電動車いす	座位保持椅子	その他（ ）
<input checked="" type="radio"/>	コンタクトレンズ	歩行補助杖	頭部保持具	その他（ ）
	保護帽	歩行器	装具（下肢・靴型・体幹・上肢）	

※上記補装具等の取り扱いの配慮事項などがあればご記入ください。

（記入日：RO年 4月 1日）

・補聴器の取り扱いについて

朝から装着していくが、生活の途中で装着がずれていないかなど確かめてほしい。また自分で外してしまうこともあるため、外れたときの装着に介助をお願いしたい。

（記入日：RO年 4月 1日）

・コンタクトレンズの取り扱いについて

朝から装着していくが、外れやすいので生活の途中途中で確認してほしい。完全に外れた場合は、装着の介助をお願いしたい。