**提出用**　医療的ケア物品（防災用）学校保管用紙

* この用紙は担任より提出用紙を配付しますが、同じものを学校ホームページにも掲載しています。
* 必要に応じてダウンロードしてご利用ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 令和 年度 | 令和　年度 | 令和　年度 |
| 保護者確認 | 保護者確認 | 保護者確認 |

氏名：（　　　 ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 物品名 | １日の必要数 | 学校提出数（3日分） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 必要と思われる物品について３日分ご準備ください。
* 賞味期限付きの物については学期ごとの入れ替えをお願いします。
* 年度末はすべて持ち帰り、点検お願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| １日の流れ（時間） | 注意事項等 |
|  |  |
| 栄養チューブ　全長（　　）cm　体内（　　）cm固定　体外（　　）cm  胃ろうチューブ　　　バルーン（　　）cc固定  気管カニューレ　　　カフ　　有（　　）cc　・　無  ＊定時で吸引している場合は、目安の時間もご記入ください。 | |

**記入例**　医療的ケア物品（防災用）学校保管用紙

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 令和５年度 | 年度 | 年度 |
| 保護者確認  ✔　4/6 | 保護者確認 | 保護者確認 |

氏名：（　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 物品名 | １日の必要数 | 学校提出数（3日分） |
| ラコール200ml | ４ | １２ |
| リフラノン | ４ | １２ |
| ソリタT3顆粒 | ２ | ６ |
| シリンジ20･50ml | 各1本 | 各３本 |
| イリゲーター | １ | ３ |
| 接続チューブ | １ | ３ |
| ミネラルウォーター(通し水用)　500ml | １ | ３ |
|  |  |  |
| 吸引チューブ８Fr | １ | ３ |
| 吸引チューブ１０Fr | １ | ３ |
| 人工鼻 | １ | ３ |
| ミネラルウォーター(通水用)　500ml | １ | １ |
| カニューレ固定ひも | １ | １ |
| 気切部ガーゼ | １ | １ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 必要と思われる物品について３日分ご準備ください。
* 賞味期限付きの物については学期ごとの入れ替えをお願いします。
* 年度末はすべて持ち帰り、点検お願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| １日の流れ（時間） | 注意事項等 |
| ６：００  　　　 ６：３０  　　　　　１０：３０  　　　　　１２：００  　　　　　１６：３０  　　　　　１８：００  　　　　　２１：００  　　　　　２３：００ | 起床  栄養注入（ラコール200ml＋リフラノン１包）　薬（白湯１０ml）  　＊1時間で注入  水分注入（ソリタ１包＋白湯100ml）  　＊5分で注入  栄養注入（ラコール200ml＋リフラノン１包）　薬（白湯１０ml）  　＊1時間で注入  栄養注入（ラコール200ml＋リフラノン１包）　薬（白湯１０ml）  　＊1時間で注入  入浴、胃ろう・気切部　ガーゼ交換  栄養注入（ラコール200ml＋リフラノン１包）　薬（白湯１０ml）  　＊1時間で注入  ＊定時で吸引している場合は、目安の時間もご記入ください。  水分注入（ソリタ１包＋白湯100ml）  　＊5分で注入 |
| 栄養チューブ　全長（　６０　）cm　体内（　４０　）cm固定　体外（　２０　）cm  胃ろうチューブ　　　バルーン（　４　）cc固定  気管カニューレ　　　カフ　　　（　４　　）cc　・　無 | |