災害時の注入について（医ケア申請児用）

学校で医ケア申請をしており、ご家庭でも注入をしている方は、記入をお願いします。

＜記入上の注意＞

* 災害時に実施することを想定し、代用となる栄養剤等の内容を記載してください

（防災バッグに保管するため、防災バッグの内容物と合わせてください）。

* 災害時には、学校職員（担任や看護職員）が対応できず、医療機関へ搬送

する場合があります。できるだけわかりやすく必要な情報をご記入ください。

* 災害状況によっては、記載のとおり実施できない場合もありますので、ご了承ください。

記入例

小 ・ 中 ・ 高　×　　年　　氏　名　　××　　××

|  |
| --- |
| 経鼻　・　胃ろう　・　腸ろう　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　 　）１回の注入ごとに線を引いてください。 |

＜１日の注入スケジュール＞

目安の時間

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開始時間 | 所要時間 | 内容物・量 | 方法 |
| 7：00 | 60分 | エンシュア200mlと水100mlの混合物内服薬（食後） | イルリガートルシリンジ |
| 10：30 | ５分 | 水100ml | シリンジ |
| 12：00 | 60分 | 水50ｍｌ半固形ラコール300ｍｌ　内服薬（食後） | シリンジ１０分おきに３回に分けて注入 |
| 14：30 | ５分 | 水100ml | シリンジ |
| 17：00 | 60分 | エンシュア200mlと水100mlの混合物内服薬（食後） | イルリガートルシリンジ |
| 22：00 | ５分 | 水100ml | シリンジ |
| 【特記事項】　　　　嘔吐しやすい　　など【特記事項】には、「配慮して欲しいことや理由」などを書いてください。胃残確認（　無　・　有　（　胃残61以上の時は中止　　　　　　　　　　　　　　　　　）） |



別紙

災害時の注入について（医ケア申請児用）

小 ・ 中 ・ 高　　年　　氏　名

|  |
| --- |
| 経鼻　・　胃ろう　・　腸ろう　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　 　） |

＜１日の注入スケジュール＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開始時間 | 所要時間 | 内容物・量 | 方法 |
|  |  |  |  |
| 【特記事項】胃残確認（　無　・　有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）） |