**「横浜市立特別支援学校（看護師配置校）医療的ケア等指示書」への添付文書　　　　枚中　　枚目**

次の児童生徒の**酸素吸入**について「横浜市立特別支援学校（看護師配置校）医療的ケア等指示書」に本書類を添付して補足します。

|  |
| --- |
| 令和　　年　　月　　日 |
| 記入医師氏名　　　　　　　　　　印 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 | 　　　　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 　 |

|  |
| --- |
| **酸素吸入についての指示** |
|  | **SpO２** | **酸素流量** | **対応** |
| 標準域 | 100％　～　％ | ㍑/分～　㍑/分　 |  |
| 要対応 |  | 　　㍑/分　　 |  |
| 緊急対応 |  | 　　㍑/分　　 |  |

□喀痰の貯留状態を確認し、必要なら吸引してから再度**SpO２**を確認してください。

□パルスオキシメーターは【　　　　　　　】につけて**SpO２**を測定するようにしてください。

□体温が【　　　　】の時は、【　　　　　　　　　　　　】してから再度、**SpO２**を確認してください。

□（その他留意点等）→

□（その他留意点等）→