

注入の姿勢や様子 胃ろう部・腸ろう部処置など

注入方法:	口腔ネラトン ・ 鼻から胃までのチューブ ・ 鼻から十二指腸までのチューブ ・ 胃ろう ・ 腸ろう ・ その他
チューブの 種類とサイズ:	名称 Fr
何センチ固定:	cm
固定水:	ml
チューブ交換:	ごと
交換医療 機関:	名称
	担当医
	電話

記載日 年 月 日

いりょうケア

胃ろう・腸ろう部の処置方法(例:コットンで拭いてYガーゼ1枚で保護など)

胃ろう・腸ろう部の漏れ:

有 ・ 無

皮膚トラブル

有 (肉芽形成など) ・ 無

処置方法 (軟膏名など)

いりょうケア

記載日

年

月

日

注入内容・時間

時間	栄養剤	量	混合品	添加品
例 7:00	ライフロン	150ml	ソリタ1包 白湯100ml	終了後野菜ジュース100ml

記載日 年 月 日

いりょうケア

注入実施方法:	ボトル ・ 注射器 ・ 注入ポンプ	
注入ポンプ名:	名称	
		ml/時間
注入所要時間:		分
注入姿勢:	車いす ・ 寝かせて ・ だっこ ・	
普段の胃残:	空気	ml
	胃液	ml
胃残対処:	胃残	ml以上
		分待ち

対処方法:(胃残が茶褐色の場合など)

過去のトラブル:(自己抜去 ・ 事故抜去 ・ バルン破裂など)

トラブル対処法:

注入に関する注意点:(右鼻挿入困難・嘔吐しやすいなど)

鼻腔エアウェイ

チューブの 名称:	
サイズ:	Fr
交換頻度:	日ごと

いつどんな時に使用するか: (入眠時・閉塞呼吸時など)

注意点:

酸素吸入

酸素供給機器名: (酸素濃縮機・ボンベなど)	
使用量:	% または L
使用時間:	終日 ・ 時〜 時
または使用の目安: (例 spo2 90%以下で)	
管理事業者:	会社名 担当 電話

注意点:

記載日 年 月 日

人工呼吸器	・バイパップなど使用		
人工呼吸器・型			
使用時間	終日	・	時～ 時
バッテリーの 継続時間	内部バッテリー		時間
	外部バッテリー		時間

呼吸器設定:

換気モード		呼吸回数	
吸気圧		呼気圧	
吸気時間		呼気時間	
トリガー		プレッシャサポート	
I:E比		一回換気量	
高分時換気量		低文時換気量	
高圧警報		低圧警報	
酸素量	%	加湿器設定温度	
カフ空気量	ml		

人工呼吸器のおこりやすい、おきたことのあるトラブル:

リーク・無呼吸・高圧・低圧・呼吸器はずれ・

カニューレ最挿入困難・カフ圧低下 など

トラブル内容	対処方法

記載日 年 月 日

回路交換頻度: _____ 日ごと

設定指示の医師:

医療機関名: _____

担当医: _____

電話番号: _____

機器管理者・会社名:

会社名: _____

担当者: _____

電話番号: _____

メモ

いりようケア

記載日 年 月 日

気管切開

カニューレ固定方法

写真・関連資料

術 式	単純切開 ・ 咽頭分離 ・ 咽頭摘出 歳時
カニューレ名	
サイズ	Fr
カフエアー	なし ・ ml
カニューレ交換頻度	日ごと

カニューレ交換実施施設:

医療機関名

担当医

電話番号

記載日

年

月

日

いりょうケア

カニューレ固定方法・気管切開部処置方法:

使用ベルト ・ 固定箇所 ・ Yガーゼ枚数など

注意点・対処方法:

はずれやすい ・ 再挿入しにくい ・ 肉芽 ・ 出血の有無など

アンビューバック使用について:

痰が多い時バギング ・ 定期的にバギングなど

痰の吸引

吸引の部位:	鼻から ・ 口から ・ 気管切開部から
吸引チューブのサイズ:	Fr
気管切開の場合 チューブ挿入の長さ:	cm
吸引頻度:	時間ごと 回/目
吸引時の注意:	(鼻血が出やすい ・ 口からは嘔吐するなど)

吸入

使用器具:	名称
吸入薬: 1回使用量	薬剤名 ml
	薬剤名 ml
	薬剤名 ml
	薬剤名 ml
	薬剤名 ml
吸入継続時間:	分間
吸入時間:	時 時 時
痰の多い時適宜	回/日くらい

無呼吸の有無：	有	・	無
SPO2モニター装着時間：	終日・	時～	時
	その他		
普段の値：	日中	%～	%
	夜間	%～	%
	その他	%～	%

低下時の対処方法：

いりようケア

記載日 年 月 日

導尿

排尿の種類:	時間毎の導尿 ・ バルンカテーテルによる排尿 膀胱ろう ・ その他
使用チューブ名称	Fr
時間導尿時間:	時・ 時・ 時 時・ 時・ 時
バルン固定水の量:	ml
バルンカテーテル 交換頻度:	日ごと
実施者:	家族 ・ 自己導尿 など
自己導尿介助方法:	

トラブルと対処方法:

トラブル内容	対処方法

人工肛門

手術年齢:	歳
手術実施病院:	医療機関名
	担当医
	電話番号
使用パットの種類:	
パットの交換頻度:	回/日
実施者:	家族 ・ 本人
パット交換時の注意事項:	

トラブルと対処方法:(皮膚トラブルや漏れなど)

トラブル内容	対処方法

記載日 年 月 日

シャントの種類:	VP ・ AP 名称
チューブ挿入の長さ:	cm
シャントバルブ位置:	右側頭部 ・ 左側頭部 ・

注意事項:

手術実施病院:

医療機関名	
担当医	
電話番号	

CTなど検査の実施:

年 月 日

年 月 日

年 月 日

記載日 年 月 日