

医療的ケアと生活の調査票

短期支援入院中にご家庭と同じ医療的ケアと生活介助を提供できるように、下記の内容についてお知らせください。なお、ご記入頂いた内容は当院の入院に際してのみ使用し、ご家族の許可なく外部に提供することはありません。

記入日:西暦_____年__月__日

記入者: _____ 続柄 (_____)

ID: _____

お名前: _____
ふりがな _____ 愛称 (_____) 男・女

生年月日:西暦_____年__月__日 ____歳__か月

身長: _____ cm, 体重: _____ kg (測定日: _____年__月__日)

主たる疾患 (障害) _____

既往歴 _____

手術歴 _____

アレルギー 無・有 (薬 _____, 食品 _____)

耐性菌の保菌 MRSA VRE 緑膿菌 その他 (_____), 保菌部位 (_____)

身体機能 寝たきり 支えて座位 自立座位 歩行 (補助あり, 補助なし)

意思疎通 全くできない 表情で確認 動作で確認 言語で可能

医療ケアの状況

1. 人工呼吸器：① デバイス（鼻マスク，フェイスマスク，気管切開）
 - ② 機種 _____，モード（CPAP，BiPAP，SIMV，_____）
 - ③ 設定（呼吸回数____，吸気圧____，呼気圧____，吸気時間____，酸素濃度 _____）
 - ④ 使用時間（24時間，夜間のみ，_____時～_____時）
2. 気管切開：カニューレの種類_____サイズ_____
ズ_____，喉頭分離術（有・無），人工鼻の使用（有・無）
3. 痰の吸引：口腔，鼻腔，気管内 頻度____分・時間毎， 1日____回
吸引カテーテル サイズ_____Fr，深さ_____cm
4. 酸素療法：鼻カニューラ，人工鼻，マスク 流量_____L/分
5. ネブライザー・吸入療法：蒸留水・生理食塩水 24時間，1日____回（_____）
吸入薬（_____），1日____回（____，____，____，____）
6. 経管栄養：経鼻胃管，胃瘻（メーカー_____，サイズ_____Fr，
長さ_____cm），注入ポンプ使用（有・無）
7. 中心静脈栄養（_____）
8. 鼻咽頭エアウェイ：メーカー_____，サイズ_____，長さ_____cm，
使用時間（24時間，夜間のみ，_____時～_____時）
9. 留置カテーテル：部位_____，メーカー_____，サイズ_____Fr
使用時間（24時間，夜間のみ，_____時～_____時）
10. 定期導尿：1日____回（____，____，____，____）
カテーテル_____，サイズ_____Fr
11. 人工肛門（_____）
12. 浣腸・摘便（_____）
13. けいれん（有 無），抗けいれん薬の使用（有 無）
14. 体位交換：_____時間毎 具体的に（_____）
15. リハビリ（_____）
16. その他の処置

生活の介助

1. 移動（車椅子・バギー・その他具体的に_____）
2. 着替え（_____）
3. 排泄（_____）
4. 食事：主食（全粥，米飯），副食（一口大，刻み，みじん，ペースト）

とろみ（全て，水分のみ）

栄養剤（_____）1回_____ml x _____回（____，____，____，____）時

希釈など具体的に（_____）

その他の水分（_____）1回_____ml x _____回（____，____，____，____）

注入速度 _____分かけて，ポンプ_____ml / 時間

5. 口腔ケア・歯磨き（_____）
6. 入浴：週に_____回（_____），スキンケア（_____）

7. 1日の流れ

例) 7:00 起床・人工呼吸器終了
7:30 清拭・着替え
8:00 注入
15:00 注入
19:00 注入
21:00 人工呼吸器装着・就寝

留意事項

1. 日常生活援助上の留意事項（不穏時やけいれん時の対応，易骨折性など特に注意すべき点について）

2. その他のご要望

連絡先

緊急連絡先(連絡順に記入して下さい) ※必ず24時間連絡が取れるようにして下さい。

氏名	続柄	電話番号	連絡可能時間帯
①			
②			
③			

かかりつけ医療機関

医療機関名・科	主治医名	電話番号

訪問看護

事業所名	担当者	電話番号

使用機器(人工呼吸器など)提携業者の緊急時連絡先

医療機器	提携業者	電話番号

確認日：西暦_____年___月___日

確認者：_____