

入院中の参考にするため、日ごろの療養状況について御記入ください。（☒ または ☐ 内に記入）

1	気管切開を行っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
2	酸素を使用している方は御記入ください。	流量 () 分
3	人工呼吸器を使用している方は、 種類や使用時間などを御記入ください。 (病院ご担当者さまへ) 最新のモード・設定条件等は、診療 情報提供書を併せてご確認ください	メーカー※ (ドレーゲルメディカルジャパン) 機種※ (エビタ 4) ※必須項目 使用時間※ <input checked="" type="checkbox"/> 一日中 <input type="checkbox"/> 夜間 (時～ 時) <input type="checkbox"/> その他 () 設定条件 モード (SII) (分かる範囲で) 換気回数(f) (20) 回/分 酸素濃度 (FI02) (0.21) 備考 [Vt 500ml 吸気流速30L/分、I:E比1:2]
4	吸引を行っている方は御記入ください。	吸引回数 (1) 回/ (1～2) 時間 吸引カテーテルの大きさ (12) Fr
5	食事はどんな種類でどんな方法で召し 上がっていますか。 食事の内容もお知らせ下さい。	<input type="checkbox"/> 経口摂取→ <input type="checkbox"/> 介助あり <input type="checkbox"/> 介助なし 食事形態 [] <input type="checkbox"/> 経管栄養 (栄養内容:) <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう (栄養内容: ラコール 処方参照)
6	身体で、全く動かないところや、動きが 悪いところがありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> ある (動かない/動きの悪いところを記入↓ <input type="checkbox"/> ない 両手・両足 (顔以外ほとんど動かさせません)
7	身体の向きの変え方について どの位の間隔で行っていますか。	(2) 時間に1回→ <input checked="" type="checkbox"/> 介助あり <input type="checkbox"/> 介助なし 使用物品/方法: (クッション・布団)
8	室内の移動方法は、どうしていますか。	<input type="checkbox"/> つかまり <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (ベッドで過ごす。外出はストレッチャー)
9	身体の清潔は、どういう方法で行っていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴 (2) 回/週 <input checked="" type="checkbox"/> 身体を拭く (3) 回/週 <input checked="" type="checkbox"/> 洗髪 (2) 回/週
10	意思の疎通についてお話はできますか。 できない方は、どういう方法を使っていますか。	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> できない 意思疎通 (コミュニケーション) の方法↓ 頷き、首振り 眉毛を動かす OK: 上げる/NG: 下げる
11	尿は、1日何回ありますか。 どんな方法で行っていますか。	(不明) 回/1日 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input checked="" type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 差込み便器 <input type="checkbox"/> 自己導尿 (時間おき) <input type="checkbox"/> 尿留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()
12	便の回数はどれくらいですか。 どんな方法で行っていますか。 よく使用する下剤はありますか	(1) 回/ (2) 日 <input type="checkbox"/> ポータブルトイ <input checked="" type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 差込み便器 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (浣腸+排便にて) <input checked="" type="checkbox"/> あり (下剤: ラキソベロン) <input type="checkbox"/> なし
13	その他、介護のコツや気にかけて欲しいことなど ございましたら御記入ください。	うなり声が聞こえる時は吸引をお願いします。

※ 入院中の療養生活では必ずしもご自宅と同じ方法とはとれないことを、あらかじめ御了承ください。