

対象者	氏名	生年月日 年 月 日 (歳)		
	診断名			
ケア内容・注意事項等				
□ 吸引	<input type="checkbox"/> 口腔内：吸引チューブ (Fr) 挿入長さ (cm) 吸引圧 (~ kPa) <input type="checkbox"/> 鼻腔内：吸引チューブ (Fr) 挿入長さ (cm) 吸引圧 (~ kPa) <input type="checkbox"/> 気管カニューレまたは気管内： 吸引チューブ (Fr) 挿入長さ (cm) 吸引圧 (~ kPa)			
	【注意事項等】		【抜去時の指示等】	
□ 『気管カニューレ』 □ 単純気管切開 □ 喉頭気管分離	メーカー・種類 () サイズ (Fr) 挿入の長さ (cm)		カフ(有・無)	
□ 吸入	吸入内容・量 回数 () 回/日			
□ 経管栄養	□ 経鼻留置 種類() サイズ(Fr) 挿入長さ(cm)		【抜去時の指示・注意事項等】	
	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう 種類() サイズ(Fr) 挿入長さ(cm) 固定水(ml) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 栄養剤 内容・量 () 注入速度 ()			
□ 酸素管理	酸素流量(L/分)		【酸素流量増減の指示】	
	<input type="checkbox"/> 経鼻カニューレ <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> その他() 酸素飽和度:安静時(%)		ex.:SpO2 90%以下持続する時、酸素(0.5~5L/分 1Lずつ増減)	
□ 人工呼吸器	自発呼吸：□あり □なし		設定:	
	装着時間：□常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他 種類：			
□ 排痰補助装置	パーカッサー： 設定			
	カフアシスト： 設定			
□ その他	□ 導尿			
	<input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 洗腸 <input type="checkbox"/> その他			
緊急搬送先				

記載日 年 月 日

上記の通り、指示いたします。

医療機関名：

住所：

TEL：

医師名：

印