

応用ツールの微修正

⑤自己腹膜灌流管理：

- ・6.消毒薬・衛生材料：スワブスティック⇒消毒スワブに変更

⑦中心静脈栄養法管理：

- ・6.投与方法：注入速度（ ）⇒間欠で表示されているため削除
- ・8.消毒薬・衛生材料：滅菌綿棒⇒消毒スワブに変更
- ・9.使用器具・交換頻度・提供数：輸液回路⇒輸液セットに変更

⑧糖尿病治療管理：

- ・9.消毒薬・衛生材料：カット綿，消毒液⇒酒精綿に変更

⑩膀胱留置カテーテル管理：

- ・6.消毒薬・衛生材料：滅菌綿棒⇒消毒スワブに変更
消毒液，滅菌セッシ⇒削除
その他を追加

⑪自己導尿管理：

- ・5使用器具：リューザブルカテーテル・再利用型自己導尿セット⇒自己導尿セットへ変更
上記を代用するカテーテル類⇒その他へ変更
- ・6.消毒薬・衛生材料：潤滑剤⇒キシロカイン，滅菌グリセリンを削除，自由記載とする
消毒液⇒削除
- ・10.その他：10.カテーテルの管理方法，11.その他に変更

⑫腎瘻・尿管皮膚瘻管理：

- ・5.使用器具・交換頻度・数量：カテーテル・カテーテルチップ・注射器・注射針・滅菌コップ
⇒削除
- ・6.消毒薬・衛生材料：生理食塩水⇒削除
消毒液⇒消毒スワブに変更
その他を追加
- ・7.腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテルの洗浄方法：⇒洗浄方法を挿入部のケア方法に変更
2) 量⇒削除

⑬人工呼吸器療法管理

- ・6.消毒薬・衛生材料：滅菌綿球，消毒液（気切用）⇒消毒スワブに変更
生理食塩水⇒削除，
その他を追加

⑭気管カニューレ管理

- ・7.衛生材料：滅菌綿棒，消毒液⇒消毒スワブに変更
その他を追加

応用ツール⑤ 自己腹膜灌流管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助 (介助者 _____)
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項(_____)

5. 透析療法と使用器具等

方法: CAPD (持続携帯式腹膜透析) APD (自動腹膜透析)

かぐや

接続方法: スタンダード UVフラッシュ つなぐ

CAPD (持続携帯式腹膜透析)

回数	時間	透析液	量
1			ml
2			ml
3			ml
4			ml
			ml
	Yセットで排液		

APD (自動腹膜透析)

透析液	量
	個
	個
	個

を用いて

- ・ 総注液量(_____ ml) ・ サイクル数(_____ 回)
- ・ 時 間(_____ ~ _____)
- ・ 最終注液 有 無 ・ 日中バック交換 有 無

6. 消毒薬・衛生材料

- ・ スワブスティック (_____ 本)
- ・ 絆創膏 (_____) ・ ドレッシング剤 (_____)
- ・ 手指消毒剤 (_____)
- ・ その他 (_____)

7. カテーテル感染の既往 (いずれかに☑)

- あり なし

8. 緊急時の対応方法(排液の混濁、カテーテル出口部の発赤、除水量の不足等)

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

変更後

応用ツール⑤ 自己腹膜灌流管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助 (介助者 _____)
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項(_____)

5. 透析療法と使用器具等

方法: CAPD (持続携帯式腹膜透析) APD (自動腹膜透析)

かぐや

接続方法: スタンダード UVフラッシュ つなぐ

CAPD (持続携帯式腹膜透析)

回数	時間	透析液	量
1			ml
2			ml
3			ml
4			ml
			ml
	Yセットで排液		

APD (自動腹膜透析)

透析液	量
	個
	個
	個

を用いて

- ・ 総注液量(_____ ml) ・ サイクル数(_____ 回)
- ・ 時 間(_____ ~ _____)
- ・ 最終注液 有 無 ・ 日中バック交換 有 無

6. 消毒薬・衛生材料

- ・ 消毒スワブ (_____ 本)
- ・ 絆創膏 (_____) ・ ドレッシング剤 (_____)
- ・ 手指消毒剤 (_____)
- ・ その他 (_____)

7. カテーテル感染の既往 (いずれかに☑)

- あり なし

8. 緊急時の対応方法(排液の混濁、カテーテル出口部の発赤、除水量の不足等)

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑦ 中心静脈栄養法管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 初回導入日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助 (介助者 _____)

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項 (_____)

5. 使用薬剤・投与量

薬剤名・投与量 (_____)

6. 投与方法 (該当するものに☑)

1) 持続 2) 間欠 (_____ 時間/1日 他→ _____)

* フラッシュ頻度⇒ (_____)

* 注入速度⇒ (_____ ml/時間)

* 輸液ポンプの使用 ⇒ 有 無 (_____)

* 輸液ポンプ貸出機関⇒ (_____)

7. 挿入部に関して (該当するものに☑)

* 挿入部位⇒ (_____)

* ポート カテーテル

* ロック方法⇒ (_____)

* 特記事項⇒ (_____)

8. 消毒薬・衛生材料

- ・ 滅菌綿棒 (_____ 本) ・ 絆創膏 (_____ 個)
- ・ 滅菌ガーゼ (_____ 枚× _____ パック) ・ 酒精綿 (_____)
- ・ 滅菌フィルム (_____ 枚) ・ NSシリンジ (_____ ml _____ 本)
- ・ フィルム (_____ 巻) ・ ヘパ生シリンジ (_____ 本)
- ・ その他 (_____)

9. 使用器具・交換頻度・提供数

- ・ 輸液回路 (_____ セット) ・ 注射器、注射針 (_____ セット)
- ・ ヒューバー針 (_____ mm _____ 本) ・ 連結管 (_____ 本)
- ・ エクステンションチューブ (_____ ml _____ 本) ・ インジェクションプラグ (_____ 個)
- ・ フィルター (_____ 個) ・ その他 (_____)

10. 緊急時の対応方法 (滴下不良の場合等)

11. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑦ 中心静脈栄養法管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 初回導入日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助 (介助者 _____)
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項 (_____)

5. 使用薬剤・投与量

薬剤名・投与量 (_____)

6. 投与方法 (該当するものに☑)

- 1) 持続 2) 間欠 (_____ 時間/1日 他→ _____)
- * フラッシュ頻度⇒ (_____)
- * 輸液ポンプの使用 ⇒ 有 無 (_____)
- * 輸液ポンプ貸出機関⇒ (_____)

7. 挿入部に関して (該当するものに☑)

- * 挿入部位⇒ (_____)
- * ポート カテーテル
- * ロック方法⇒ (_____)
- * 特記事項⇒ (_____)

8. 消毒薬・衛生材料

- ・ 消毒スワブ (_____ 本) ・ 絆創膏 (_____ 個)
- ・ 滅菌ガーゼ (_____ 枚× _____ バック) ・ 酒精綿 (_____)
- ・ 滅菌フィルム (_____ 枚) ・ NSシリンジ (_____ ml _____ 本)
- ・ フィルム (_____ 巻) ・ ヘパ生シリンジ (_____ 本)
- ・ その他 (_____)

9. 使用器具・交換頻度・提供数

- ・ 輸液セット (_____ セット) ・ 注射器、注射針 (_____ セット)
- ・ ヒューバー針 (_____ mm _____ 本) ・ 連結管 (_____ 本)
- ・ エクステンションチューブ (_____ ml _____ 本) ・ インジェクションプラグ (_____ 個)
- ・ フィルター (_____ 個) ・ その他 (_____)

10. 緊急時の対応方法 (滴下不良の場合等)

11. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____
 ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑧ 糖尿病治療管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 経口薬（該当するものに☑）

- 無
- 有 ⇒ 薬剤名(_____) 量(_____)
服用法(_____)
- ・薬剤名(_____) 量(_____)
服用法(_____)
- ・薬剤名(_____) 量(_____)
服用法(_____)
- 薬情あり 服用法(_____)

5. 自己管理能力（該当するものに☑）

- 1)自己管理可
- 2)一部介助
- 3)全面介助（介助者 _____）
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項(_____)

6. インスリン使用の有無

インスリン名・量

朝(_____ ・ _____ 単位) 昼(_____ ・ _____ 単位)

夕(_____ ・ _____ 単位) 就寝(_____ ・ _____ 単位)

投薬時間・タイミング(_____)

その他の指示(_____)

7. 使用器具および提供数

注射器⇒ シリンジ ペン型

針⇒(ペンニードル) (_____ G・ _____ 本/月)

8. 自己血糖測定器 ⇒ 有 無（『有』の場合以下記載）

種類(_____ (貸出 ⇒ 有 無)) 穿刺器具(_____)

針(_____ 本/月) チップ(_____ 個/月) その他(_____)

9. 消毒薬・衛生材料

- ・ カット綿 (_____ 枚× _____ バック) ・ 酒精綿 (_____ 枚× _____ バック)
- ・ 消毒液 (エタノール 他) (_____ ml)
- ・ その他 (_____)

10. 緊急時の対応方法（明らかな低血糖発作時等）

11. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑧ 糖尿病治療管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 経口薬（該当するものに☑）

- 無
- 有 ⇒ 薬剤名(_____) 量(_____)
服用法(_____)
- ・薬剤名(_____) 量(_____)
服用法(_____)
- ・薬剤名(_____) 量(_____)
服用法(_____)
- 薬情あり 服用法(_____)

5. 自己管理能力（該当するものに☑）

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助 (介助者 _____)
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項(_____)

6. インスリン使用の有無

インスリン名・量

朝(_____ ・ _____ 単位) 昼(_____ ・ _____ 単位)

夕(_____ ・ _____ 単位) 就寝(_____ ・ _____ 単位)

投薬時間・タイミング(_____)

その他の指示(_____)

7. 使用器具および提供数

注射器⇒ シリンジ ペン型

針⇒(ペンニードル) (_____ G ・ _____ 本/月)

8. 自己血糖測定器 ⇒ 有 無 (『有』の場合以下記載)

種類(_____ (貸出 ⇒ 有 無)) 穿刺器具(_____)

針(_____ 本/月) チップ(_____ 個/月) その他(_____)

9. 消毒薬・衛生材料

- ・ 酒 精 綿 (_____ 枚 × _____ バック)
- ・ そ の 他 (_____)

10. 緊急時の対応方法（明らかな低血糖発作時等）

11. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑩ 膀胱留置カテーテル管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助 (介助者 _____)

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項(_____)

5. 使用器具

・交換用キット (_____ セット)

・尿道カテーテル 号数 (_____ セット)

・蓄尿袋 (商品名 _____ ・ _____ 個)

・固定液 (_____ ml)

・注射器 (_____ ml ・ _____ 本)

6. 消毒薬・衛生材料

・滅菌綿棒 (_____ 本) ・絆創膏 (_____ 個)

・消毒液 (_____ ml) ・潤滑油 (_____)

・滅菌手袋 (_____ 個) ・滅菌ガーゼ (_____ 枚)

・滅菌セッシ (_____ 個)

7. カテーテル交換

・交換頻度 (_____ 週毎)

・最終交換日 (_____)

・次回交換予定日 (_____)

8. 緊急時の対応方法 (尿道カテーテル閉塞の場合、感染等)

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑩ 膀胱留置カテーテル管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

 1) 自己管理可 2) 一部介助 3) 全面介助（介助者 _____）* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項（ _____ ）

5. 使用器具

・交換用キット _____（ _____ セット）

・尿道カテーテル 号数 _____（ _____ セット）

・蓄尿袋 _____（商品名 _____ ・ _____ 個）

・固定液 _____（ _____ ml）

・注射器 _____（ _____ ml ・ _____ 本）

6. 消毒薬・衛生材料

・消毒スワブ _____（ _____ 本） ・絆創膏 _____（ _____ 個）

・潤滑油 _____（ _____ ml） ・滅菌ガーゼ _____（ _____ 枚）

・滅菌手袋 _____（ _____ 個）

・その他 _____（ _____ ）

7. カテーテル交換

・交換頻度 _____（ _____ 週毎）

・最終交換日 _____（ _____ ）

・次回交換予定日 _____（ _____ ）

8. 緊急時の対応方法（尿道カテーテル閉塞の場合、感染等）

--

9. その他

--

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑪ 自己導尿管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

 1) 自己管理可 2) 一部介助 3) 全面介助（介助者 _____）* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項（ _____ ）

5. 使用器具

 ディスポカテーテル

（・商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）

 リューザブルカテーテル・再利用型自己導尿用セット

（・商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）

 上記を代用するカテーテル類

（・商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）

6. 消毒薬・衛生材料

* 潤滑剤⇒ キシロカインゼリー（ _____ 本・個/日） 滅菌グリセリン（ _____ 本・個/日）* 消毒液⇒ リューザブルカテーテル
（・消毒液名⇒ _____ 本 _____） 自己導尿用カテーテルを入れた容器の中を満たすもの
（・消毒液名⇒ _____ 本 _____）

7. 自己導尿回数指示

* 1日（ _____ ）回（ _____ ）時間ごと

8. 自己導尿カテーテルの中を満たす消毒液の交換頻度

*（1回/ _____ 日）

9. 緊急時の対応方法

--

10. その他

--

作成者 所属 _____ 記入者 _____
 ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑪ 自己導尿管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

 1) 自己管理可 2) 一部介助 3) 全面介助（介助者 _____）* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項（ _____ ）

5. 使用器具

・ ディスポカテーテル

（商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）

・ 自己導尿用セット

（商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）

・ その他

（商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）

6. 消毒薬・衛生材料

・ 潤滑剤⇒ _____（商品名⇒ _____） ・ _____ 本・個/日）

7. 自己導尿回数指示

・ 1日（ _____ ）回（ _____ ）時間ごと

8. 自己導尿カテーテルの中を満たす消毒液の交換頻度

・（1回/ _____ 日）

9. 緊急時の対応方法

10. カテーテルの管理方法

11. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑫ 腎瘻・尿管皮膚瘻管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 造設日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助（介助者 _____）
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項（ _____ ）

5. 使用器具・交換頻度・数量

- ・カテーテル _____（ _____ ）
- ・カテーテルチップ _____（ _____ ）
- ・集尿装具[パウチ、バッグ等] _____（提供機関 _____）
- _____（ _____ ）
- ・注射器 _____（ _____ ）
- _____（ _____ ）
- ・注射針 _____（ _____ ）
- _____（ _____ ）
- ・滅菌コップ _____（ _____ ）
- _____（ _____ ）

6. 消毒薬・衛生材料

- ・生理食塩水 _____（ _____ ml）
- ・ガーゼ付絆創膏 _____（ _____ 個）
- ・消毒薬 _____（ _____ 枚）
- _____（ _____ ）
- _____（ _____ ）

7. 腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテルの洗浄方法

- 1) 回数 ⇒ _____（ _____ ）
- 2) 量 ⇒ _____（ _____ ）
- 3) 手技等 ⇒ _____（ _____ ）

8. 緊急時の対応方法（カテーテルが抜けた、つまった場合、血尿等）

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____
 ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑫ 腎瘻・尿管皮膚瘻管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 造設日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助（介助者 _____）

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項（ _____ ）

5. 使用器具・交換頻度・数量

・ 集尿装具[パウチ、バッグ等] _____（提供機関 _____）
（ _____ ）

6. 消毒薬・衛生材料

・ 消毒スワブ（ _____ 本） ・ ガーゼ（ _____ 枚）

・ ガーゼ付絆創膏（ _____ 個） ・ テープ（ _____ ）

・ その他（ _____ ）

7. 腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテル挿入部のケア方法

1) 回数 ⇒（ _____ ）

3) 手技等 ⇒

8. 緊急時の対応方法（カテーテルが抜けた、つまった場合、血尿等）

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____
ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑬ 人工呼吸療法管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助 (介助者 _____)

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項 (_____)

5. 使用器具・交換頻度・提供数 (業者名 _____)

	機種・種類・サイズ	個数	交換頻度
人工呼吸器			
人工呼吸器回路			回/週
加湿モジュール			回/週
バクテリア・フィルター			ヶ月毎
外気取入口フィルター			ヶ月毎
気管カニューレ			医師による交換

6. 消毒薬・衛生材料

滅菌綿球	個	吸引チューブ	、	本
滅菌ガーゼ(Yカット)	枚	消毒液(気切用)	、	本
絆創膏	個	生理食塩水	、	本
		滅菌蒸留水	m1	本

7. 人工呼吸器等設定 (NPPV含む)

使用時間	時	分	分～	時	分	分まで
モード		吸気時間	秒	気道内圧下限		cmH20
1回換気量	m1	吸気流量	L/分	気道内圧上限		cmH20
呼吸回数	回/分	感度	cmH20	加湿加湿器設定		
I/E比	1:	秒	気道内圧	cmH20	酸素量	m1/分

8. 緊急時の対応方法

9. その他 (CPAPを使用している場合はその旨記載下さい。)

作成者 所属 _____

記入者 _____

ツール管理者 所属 _____

氏名 _____

応用ツール⑬ 人工呼吸療法管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助（介助者 _____）
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項(_____)

5. 使用器具・交換頻度・提供数（業者名 _____）

	機種・種類・サイズ	個数	交換頻度
人工呼吸器			
人工呼吸器回路			回/週
加湿モジュール			回/週
バクテリア・フィルター			ヶ月毎
外気取入口フィルター			ヶ月毎
気管カニューレ			医師による交換

6. 消毒薬・衛生材料

消毒スワブ	個	吸引チューブ	、	本
滅菌ガーゼ(Yカット)	枚	滅菌蒸留水	ml	本
絆創膏	個			
その他				

7. 緊急時の対応方法

8. その他(CPAPを使用している場合はその旨記載下さい。)

作成者 所属 _____ 記入者 _____
 ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑭ 気管カニューレ管理

変更前

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 造設日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助（介助者 _____）

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項（ _____ ）

5. 経口摂取（該当するものに☑）

可

不可

6. 医療器材

・ カニューレの名称（ _____ ）

・ 交換の頻度（ _____ 週に _____ 回）

・ カニューレの数（ _____ 本）

・ カフ用注射器（ _____ ml _____ 個）

7. 衛生材料

・ 滅菌綿棒（ _____ 本）

・ 滅菌Yガーゼ（ _____ 個）

・ 絆創膏（ _____ ）

・ 消毒液（薬品名： _____ 、 _____ 本）

8. トラブル時の対処

1) カニューレ抜去時の対応方法

2) 呼吸困難時の対応方法

3) 緊急時の対応方法

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑭ 気管カニューレ管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 造設日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助（介助者 _____）

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項（ _____ ）

5. 経口摂取（該当するものに☑）

可

不可

6. 医療器材

・ カニューレの名称（ _____ ）

・ 交換の頻度（ _____ 週に _____ 回）

・ カニューレの数（ _____ 本）

・ カフ用注射器（ _____ ml _____ 個）

7. 衛生材料

・ 消毒スワブ（ _____ 本）

・ 滅菌Yガーゼ（ _____ 個）

・ 絆創膏（ _____ ）

・ その他（ _____ ）

8. トラブル時の対処

1) カニューレ抜去時の対応方法

2) 呼吸困難時の対応方法

3) 緊急時の対応方法

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____