

喀痰吸引	<p> <input type="checkbox"/> 鼻・口からの吸引 吸引カテーテルのサイズ () Fr. 吸引圧 () cm H20 以下 口からの挿入の長さ () cm 鼻からの挿入の長さ () cm 注意点等 () ※持続吸引について 吸引カテーテルのサイズ () Fr. 吸引圧 () cm H20 部位 (鼻・口) 挿入の長さ () cm 注意点等 () </p> <p> <input type="checkbox"/> 気管カニューレからの吸引 (または気管内吸引) 吸引カテーテルのサイズ () Fr. 吸引圧 () cm H20 以下 カニューレ入り口からの挿入の長さ () cm 注意点等 () </p>
気管切開部の観察	<p> <input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> カフについて 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 肉芽について 有 ・ 無 ・ 検査 (ヶ月毎) ・ 不定期 (最終検査 年 月) カニューレの種類 () 内径 () mm 入口から先端までの長さ () cm カニューレ抜去時や、気管切開部・気管内出血への対応など [] <input type="checkbox"/> スピーチバルブについて 有 ・ 無 注意点等 () </p>
吸入の薬液	<p> 吸入時間 (:) (:) 吸入薬内容/量 (/) (/) (/) 注意点など [] </p>
管理 酸素	<p> 酸素流量 () L/分 SP02 () % 以下の場合 [] 注意点など [] </p>
測定等 血糖値	<p> 測定時間 (:) (:) 対処方法 詳細は別紙に記載のこと </p>
その他	
<p>*至急受診が必要な状態はどのような場合かご記入をお願いします</p>	

施設長 殿

記入日 年 月 日

医療機関名 _____

住所 _____

電話番号 _____

医師署名 _____ 印