



具体的指示内容	<input type="checkbox"/> 水分注入 実施時間 (        :        ) (        :        ) 内容 (        ) 1回量 (        ) 注入速度 (        分～        分) ショット可・不可 <input type="checkbox"/> 胃残量が (        ) ml 未満の時は、そのまま予定量を注入する。 <input type="checkbox"/> 胃残量が (        ) ml 以上 (        ) 未満の時は、(        ) <input type="checkbox"/> 胃残量が (        ) ml 以上の時は、(        ) <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある(褐色、黄色、緑色)場合は、(        ) <input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応 (        ) <input type="checkbox"/> 薬剤注入 実施時間 (        :        ) 注意点など (        ) <input type="checkbox"/> 胃からの脱気 脱気のタイミング ・注入前・注入中・注入後・その他 (        :        ) 注意点など (        ) <input type="checkbox"/> カテーテル、胃ろう抜去時の対応など (        )
	<input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 自己導尿の補助、援助 サイズ (        ) Fr. 挿入長さ (        ) cm 実施時間等 (        )
	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 流量 (        ) l/分 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 種類 <input type="checkbox"/> TPPV <input type="checkbox"/> NPPV ( <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 鼻・口) メーカー・機種 (        ) 業者名 (        ) モード (        ) 換気回数 (f) :        回/分    酸素濃度 (Fio2) : 離脱 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 (        ) 分
	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 緊急時の対応

記入日：        年        月        日

医療機関名：

住所：

電話番号：

医師名：