実際値を入力

【現状報告について】

このフォームは喀痰吸引等指示書を記載するために、医師が参考にする必要な情報です。

在宅でのケアの詳細を、看護師がご記入ください。不備がある場合、介護職員等指示書が記載できない場合があります。

**介護職員等喀痰吸引等に関する　現状報告**

年　　　月　　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実習（業務）　開始予定日 | | | | | | | | 年　　　　　　月　　　　　　日〜 |
| 事業者名 | | | | 事業者名称 |  | | | |
| 対象者 | | 氏　名 | |  | | 生年月日　　　明・大・昭・平　　年　　月　　日  （　　　歳） | | |
| 住　所 | | 電話（　　　　）　　－ | | | | |
| 実施行為種別 | | | | 口腔内の喀痰吸引　・　鼻腔内の喀痰吸引　・　気管カニューレ内部の喀痰吸引  胃ろうによる経管栄養　・　腸ろうによる経管栄養　・　経鼻経管栄養 | | | | |
| 実施内容 | 具体的なケア内容 | | | | | | | |
| 喀痰吸引（吸引圧、吸引時間、吸引チューブサイズ・挿入の長さ、注意事項等を含む）  ・吸引圧：【　　　　】kpa  ・口腔内吸引吸引チューブ　【　　　Ｆｒ】　挿入の長さ　【見える範囲】  ・鼻腔内吸引チューブ　【　　　Ｆｒ】　　挿入の長さ　【　　　　　　㎝】  ・気管カニューレ内吸引チューブ　【　　　Ｆｒ】　挿入の長さ【　　　　　　㎝】  ・吸引時間  ・注意事項 | | | | | | | |
| 経管栄養（栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む）  ・栄養剤名【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】  ・投与時間【　○○ml×○回／日（○時・○時・○時）　　　　　　　　　】  ・注入速度【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】  ・注入後白湯【　○○ｍｌ　　】  ・注意事項 | | | | | | | |
| （参考）  使用医療機器等 | | | 1．経鼻胃管 | | | | サイズ：　　　Fr 、　固定の長さ：　　　　cm | |
| 2．胃ろう・腸ろうカテーテル | | | | 種類：ボタン型・チューブ型、  サイズ：　　　　　Fr、　　　　cm | |
| 3．吸引器 | | | |  | |
| 4．人工呼吸器 | | | | 機種： | |
| 5.気管カニューレ（実測値） | | | | サイズ：外径　　　mm、長さ　　mm | |
| 6．その他 | | | |  | |

上記のとおり、報告いたします。

令和　　　　年　　　月　　　日

主治医　殿

所属機関名

住所

電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告看護師氏名