

吸引

<input type="checkbox"/> あり	吸引器名称/	購入日：
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 口腔内（ Fr） 挿入の長さの目安（ cm）	
	<input type="checkbox"/> 口腔内（ Fr） 挿入の長さの目安（ cm）	
	<input type="checkbox"/> 気管内（ Fr） 挿入の長さの目安（ cm）	
	吸引時の注意事項	

噴霧吸入

<input type="checkbox"/> あり	吸入器名称/	購入日：
<input type="checkbox"/> なし	定期吸入	
	<input type="checkbox"/> 回/日 薬剤名	
	<input type="checkbox"/> 回/日 薬剤名	
	<input type="checkbox"/> 回/日 薬剤名	
	<input type="checkbox"/> 回/日 薬剤名	
	臨時吸入	

上記以外の必要な医療的ケア

内容 支援方法や必要な医療器具等	
内容 支援方法や必要な医療器具等	

その他 （共有しておきたいこと）

内容：	
-----	--

その他

内容：	
-----	--

※治療の経過等に伴って内容が変わり用紙が足りなくなった場合は、ホームページからダウンロードして記入してください。