

医療的ケアの状況【 年 月 日 (歳 か月現在) 】

経管栄養

<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 経鼻胃チューブ種類： Fr cm固定 <input type="checkbox"/> 経鼻EDチューブ種類： Fr cm固定 <input type="checkbox"/> 胃ろう <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>ミッキー Fr cm cc <input type="checkbox"/>ファイコン Fr cm cc <input type="checkbox"/>ファイコンスモール Fr cm cc <input type="checkbox"/>クリニー Fr cm cc <input type="checkbox"/>その他 () Fr cm cc <input type="checkbox"/> 腸ろう <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>ミッキー Fr cm cc <input type="checkbox"/>ファイコン Fr cm cc <input type="checkbox"/>クリニー Fr cm cc <p>※交換期間</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">注入内容</th> <th style="text-align: center;">1回量</th> <th style="text-align: center;">回数</th> <th style="text-align: left;">注入時間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/>ラコール (液体)</td> <td></td> <td></td> <td>① 時</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>イノソリッド</td> <td></td> <td></td> <td>② 時</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>エネーポ</td> <td></td> <td></td> <td>③ 時</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>エンシュア</td> <td></td> <td></td> <td>④ 時</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>エレンタール</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>エレンタールP</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>イノラス</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>その他</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>注入方法</p> <input type="checkbox"/> 自然滴下 <input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> ポンプ注入 ml/hr	注入内容	1回量	回数	注入時間	<input type="checkbox"/> ラコール (液体)			① 時	<input type="checkbox"/> イノソリッド			② 時	<input type="checkbox"/> エネーポ			③ 時	<input type="checkbox"/> エンシュア			④ 時	<input type="checkbox"/> エレンタール				<input type="checkbox"/> エレンタールP				<input type="checkbox"/> イノラス				<input type="checkbox"/> その他			
注入内容	1回量	回数	注入時間																																		
<input type="checkbox"/> ラコール (液体)			① 時																																		
<input type="checkbox"/> イノソリッド			② 時																																		
<input type="checkbox"/> エネーポ			③ 時																																		
<input type="checkbox"/> エンシュア			④ 時																																		
<input type="checkbox"/> エレンタール																																					
<input type="checkbox"/> エレンタールP																																					
<input type="checkbox"/> イノラス																																					
<input type="checkbox"/> その他																																					

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。