

医療型特定短期入所まんまる 利用指示書 (令和 年度)

様式1-1

上記事業所の利用は差し支えありませんので、下記の通り指示します。

利用者氏名	性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	身長	cm	体重	kg
疾患名				
病状・治療 現在の状態				

※該当の指示内容に☑ (チェック) ・ 数値等を記入してください

基本バイタル	体温: °C、呼吸: 回/分、脈拍: 回/分、SPO2値: % (酸素 L/分)			
緊急対応が必要なバイタル	SpO2値 () %以下、脈拍 () 回/分 (以上・以下) SpO2値 () %以上保持できないときは () とする			
呼吸管理	酸素療法	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 常時 酸素投与量 () L/分 <input type="checkbox"/> 必要時 SPO2値 () %以下で酸素 () L/分投与開始 最大 () L/分まで投与可	
	人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	機種: 設定: <input type="checkbox"/> 別紙参照	
	排痰補助装置	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	機種: 設定: <input type="checkbox"/> 別紙参照	
	気管切開	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> 肉芽あり <input type="checkbox"/> 肉芽なし カニューレ種類 () サイズ: 内径 () mm、長さ () カフ: あり・なし 【気管カニューレ抜去時の対応】 施設看護師による再挿入 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可 腕頭動脈との位置 <input type="checkbox"/> 問題あり・ <input type="checkbox"/> 問題なし	
	吸引	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 鼻口腔 <input type="checkbox"/> 気管内 吸引制限 () Fr () cm	
	経鼻エアウェイ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類: (), サイズ() Fr, 挿入長さ() cm	
	吸入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 薬液吸入 薬剤名 () 量 () ml <input type="checkbox"/> 生食吸入 特記事項 ()	
アレルギー (<input type="checkbox"/> 食品・ <input type="checkbox"/> 薬剤)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	薬剤・食品名: 緊急時の対応:		
けいれん	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	対応 (使用薬剤などあれば記載)		
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	対応 (使用薬剤などあれば記載)		

※該当の指示内容に☑（チェック）・数値等を記入してください

氏名（ ）

投薬中の薬剤	定期内服薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> お薬手帳参照 <input type="checkbox"/> カルテコピー参照 <input type="checkbox"/> その他参照物（ ）
	中心静脈 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (挿入部位・投与速度・薬剤名・その他注意事項含めて記載)
	血糖測定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (測定時間・その他注意事項含めて記載)
	インスリン注射 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (時間・部位・その他注意事項含めて記載)
栄養管理	経口摂取 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (注意事項等を記載)
	水分制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (制限内容等を記載)
	経管栄養 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 経鼻腸管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 種類（ ） サイズ（ ） Fr 固定長さ（ ） cm 固定水（ ） cc 【抜管時の対応】 施設看護師による再挿入 <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可 (注意事項など記載)
	注入内容や量・投与時間・注意事項など記載 胃内容物残渣が多い時の対応について 胃残量が（ ） ml以下の時は予定量を注入 胃残量が（ ） ml以上の時は（ ）分待つ 胃残量を再確認後（ ） ml以下で注入 再確認後も胃残量が減らない場合（ ）する
排泄管理	導尿 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 カテーテルサイズ（ ） Fr
	膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (注意事項等を記載)
	人工肛門 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (注意事項等を記載)
	排便コントロール <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 内服 (薬剤名や投与量等を記載)
活動	禁忌体位 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (注意事項等を記載)
	可動域制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (注意事項等を記載)
	送迎車の乗車 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (注意事項等を記載)
緊急時の対応	緊急時は、当施設に併設しているあのねこどもクリニックを受診いたします。救急搬送が必要な場合は、協力医療機関である国立成育医療研究センターへの搬送となります。 上記医療機関以外への搬送を希望する場合は、搬送先をご記入ください。 医療機関名： 連絡先 住所： 電話番号： 診療科： 主治医：

令和 年 月 日