

医療型特定短期入所まんまる 利用指示書

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
診断名					
病状・治療 現在の状態					
基本バイタル	体温： °C、呼吸： 回／分、脈拍： 回／分、SPO2値： % 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：				
投薬中の薬剤	内服薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	中心静脈 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	挿入部位： 特記事項：			
	血糖測定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	指示内容：			
	インスリン注射 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	指示内容：			
呼吸管理	吸引 <input type="checkbox"/> 有（口鼻腔・気管内） <input type="checkbox"/> 無	吸引制限 Fr cm			
	気管切開 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	喉頭分離：あり・なし カニューレ種類： カニューレサイズ： 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：可・不可 腕頭動脈との位置：問題あり・問題なし			
	人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類： 設定：			
	酸素療法 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	使用量： 使用時間：			
	経鼻エアウェイ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類： サイズ： 挿入長さ：			
薬液吸入 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	薬剤名： 特記事項：				

