

その他の応用ツールの変更（案）

⑤自己腹膜灌流管理：

- ・ 6.消毒薬・衛生材料：スワブスティック⇒消毒スワブに変更

⑦中心静脈栄養法管理：

- ・ 6.投与方法：注入速度（ ）⇒間欠で表示されているため削除
- ・ 8.消毒薬・衛生材料：滅菌綿棒⇒消毒スワブに変更
- ・ 9.使用器具・交換頻度・提供数：輸液回路⇒輸液セットに変更

⑧糖尿病治療管理：

- ・ 9.消毒薬・衛生材料：カット綿，消毒液⇒酒精綿に変更

⑩膀胱留置カテーテル管理：

- ・ 6.消毒薬・衛生材料：滅菌綿棒⇒消毒スワブに変更
消毒液，滅菌セッシ⇒削除
その他を追加

⑪自己導尿管理：

- ・ 5使用器具：リューザブルカテーテル・再利用型自己導尿セット⇒自己導尿セットへ変更
上記を代用するカテーテル類⇒その他へ変更
- ・ 6.消毒薬・衛生材料：潤滑剤⇒キシロカイン，滅菌グリセリンを削除，自由記載とする
消毒液⇒削除
- ・ 10.その他：10.カテーテルの管理方法，11.その他に変更

⑫腎瘻・尿管皮膚瘻管理：

- ・ 5.使用器具・交換頻度・数量：・カテーテル・カテーテルチップ・注射器・注射針・滅菌コップ
⇒削除
- ・ 6.消毒薬・衛生材料：生理食塩水⇒削除
消毒薬⇒消毒スワブに変更
その他を追加
- ・ 7.腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテルの洗浄方法：⇒洗浄方法を挿入部のケア方法に変更
2）量⇒削除

⑬人工呼吸器療法管理

- ・ 6.消毒薬・衛生材料：滅菌綿球，消毒液（気切用）⇒消毒スワブに変更
生理食塩水⇒削除，
その他を追加

⑭気管カニューレ管理

- ・ 7.衛生材料：滅菌綿棒，消毒液⇒消毒スワブに変更
その他を追加

応用ツール⑤ 自己腹膜灌流管理

1. 氏 名 生年月日

2. 治療医療機関 ・担当医

3. 開始日

4. 自己管理能力（該当するものに☑）
☐ 1) 自己管理可
☐ 2) 一部介助
☐ 3) 全面介助（介助者）
＊ 家族等の介助状況⇒ ☐ 可能 ☐ 不完全 ☐ 不可能
＊ 特記事項（）

5. 透析療法と使用器具等
方法： ☐ CAPD（持続移行式腹膜透析） ☐ APD（自動腹膜透析）
☐ かぐや
接続方法： ☐ スタンダード ☐ UVフラッシュ ☐ つなぐ

CAPD（持続移行式腹膜透析）

回数	時間	透析液	量
1			ml
2			ml
3			ml
4			ml
			ml
	Yセットで排液		

APD（自動腹膜透析）

透析液	量
	個
	個
	個

を用いて

・ 総注液量（ ml） ・ サイクル数（ 回）
・ 時 間（ ～ ）
・ 最終注液 ☐ 有 ☐ 無 ・ 日中バック交換 ☐ 有 ☐ 無

6. 消毒薬・衛生材料
・ スワブスティック（ 本）
・ 絆創膏（ ） ・ ドレッシング剤（ ）
・ 手指消毒剤（ ）
・ その他（ ）

7. カテーテル感染の既往（いずれかに☑）
☐ あり ☐ なし

8. 緊急時の対応方法(排液の混濁、カテーテル出口部の発赤、除水量の不足等)

9. その他

作成者 所属 記入者
ツール管理者 所属 氏名

変更後

応用ツール⑤ 自己腹膜灌流管理

1. 氏 名 生年月日

2. 治療医療機関 ・ 担当医

3. 開始日

4. 自己管理能力（該当するものに☑）
☐ 1) 自己管理可
☐ 2) 一部介助
☐ 3) 全面介助（介助者）
＊ 家族等の介助状況⇒ ☐ 可能 ☐ 不完全 ☐ 不可能
＊ 特記事項（）

5. 透析療法と使用器具等
方法： ☐ CAPD（持続携帯式腹膜透析） ☐ APD（自動腹膜透析）
☐ かぐや
接続方法： ☐ スタンダード ☐ UVフラッシュ ☐ つなぐ

CAPD（持続携帯式腹膜透析）

回数	時間	透析液	量
1			ml
2			ml
3			ml
4			ml
			ml
	Yセットで排液		

APD（自動腹膜透析）

透析液	量
	個
	個
	個

を用いて

・ 総注液量（ ml） ・ サイクル数（ 回）
・ 時 間（ ～ ）
・ 最終注液 ☐ 有 ☐ 無 ・ 日中バック交換 ☐ 有 ☐ 無

6. 消毒薬・衛生材料
・ 消毒スワブ（ 本）
・ 絆創膏（ ） ・ ドレッシング剤（ ）
・ 手指消毒剤（ ）
・ その他（ ）

7. カテーテル感染の既往（いずれかに☑）
☐ あり ☐ なし

8. 緊急時の対応方法(排液の混濁、カテーテル出口部の発赤、除水量の不足等)

9. その他

作成者 所属 記入者
ツール管理者 所属 氏名

応用ツール⑦ 中心静脈栄養法管理

1. 氏 名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 初回導入日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

☐ 1) 自己管理可☐ 2) 一部介助☐ 3) 全面介助 （介助者 _____）* 家族等の介助状況⇒ ☐ 可能 ☐ 不完全 ☐ 不可能

* 特記事項（ _____ ）

5. 使用薬剤・投与量

薬剤名・投与量（ _____ ）

6. 投与方法（該当するものに☑）

☐ 1) 持続 ☐ 2) 間欠 （ _____ 時間/1日 他→ _____ ）

* フラッシュ頻度⇒（ _____ ）

* 注入速度⇒（ _____ ml/時間）

* 輸液ポンプの使用 ⇒ ☐ 有 ☐ 無 （ _____ ）

* 輸液ポンプ貸出機関⇒（ _____ ）

7. 挿入部に関して（該当するものに☑）

* 挿入部位⇒（ _____ ）

* ☐ ポート ☐ カテーテル

* ロック方法⇒（ _____ ）

* 特記事項⇒（ _____ ）

8. 消毒薬・衛生材料

・滅菌綿棒（ _____ 本）	・絆創膏（ _____ 個）
・滅菌ガーゼ（ _____ 枚× _____ パック）	・酒精綿（ _____ ）
・滅菌フィルム（ _____ 枚）	・NSシリンジ（ _____ ml _____ 本）
・フィルム（ _____ 巻）	・へパ生シリンジ（ _____ 本）
・その他（ _____ ）	

9. 使用器具・交換頻度・提供数

・輸液回路（ _____ セット）	・注射器、注射針（ _____ セット）
・ヒューバー針（ _____ mm _____ 本）	・連結管（ _____ 本）
・エクステンションチューブ（ _____ ml _____ 本）	・インジェクションプラグ（ _____ 個）
・フィルター（ _____ 個）	・その他（ _____ ）

10. 緊急時の対応方法（滴下不良の場合等）

11. その他

作成者 所属 _____

記入者 _____

ツール管理者 所属 _____

氏名 _____

応用ツール⑦ 中心静脈栄養法管理

1. 氏 名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 初回導入日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

☐ 1) 自己管理可☐ 2) 一部介助☐ 3) 全面介助 （介助者 _____）* 家族等の介助状況⇒ ☐ 可能 ☐ 不完全 ☐ 不可能

* 特記事項（ _____ ）

5. 使用薬剤・投与量

薬剤名・投与量（ _____ ）

6. 投与方法（該当するものに☑）

☐ 1) 持続 ☐ 2) 間欠 （ _____ 時間/1日 他→ _____ ）

* フラッシュ頻度⇒（ _____ ）

* 輸液ポンプの使用 ⇒ ☐ 有 ☐ 無 （ _____ ）

* 輸液ポンプ貸出機関⇒（ _____ ）

7. 挿入部に関して（該当するものに☑）

* 挿入部位⇒（ _____ ）

* ☐ ポート ☐ カテーテル

* ロック方法⇒（ _____ ）

* 特記事項⇒（ _____ ）

8. 消毒薬・衛生材料

・ 消毒スワブ （ _____ 本）	・ 絆創膏 （ _____ 個）
・ 滅菌ガーゼ（ _____ 枚× _____ パック）	・ 酒精綿 （ _____ ）
・ 滅菌フィルム（ _____ 枚）	・ NSシリンジ（ _____ ml _____ 本）
・ フィルム（ _____ 卷）	・ ヘパ生シリンジ（ _____ 本）
・ その他（ _____ ）	

9. 使用器具・交換頻度・提供数

・ 輸液セット（ _____ セット）	・ 注射器、注射針（ _____ セット）
・ ヒューバー針（ _____ mm _____ 本）	・ 連結管（ _____ 本）
・ エクステンションチューブ（ _____ ml _____ 本）	・ インジェクションプラグ（ _____ 個）
・ フィルター（ _____ 個）	・ その他（ _____ ）

10. 緊急時の対応方法（滴下不良の場合等）

11. その他

作成者 所属 _____

記入者 _____

ツール管理者 所属 _____

氏名 _____

応用ツール⑧ 糖尿病治療管理

1. 氏 名	生年月日
2. 治療医療機関	・ 担当医
3. 開始日	
4. 経口薬（該当するものに☑）	
☐ 無	
☐ 有 ⇒・薬剤名（	） 量（
	服用法（
・薬剤名（	） 量（
	服用法（
・薬剤名（	） 量（
☐ 薬情あり	服用法（
5. 自己管理能力（該当するものに☑）	
☐ 1) 自己管理可	
☐ 2) 一部介助	
☐ 3) 全面介助（介助者	）
* 家族等の介助状況⇒	☐ 可能 ☐ 不完全 ☐ 不可能
* 特記事項（	）
6. インスリン使用の有無	
インスリン名・量	
朝（	・ 単位） 昼（
夕（	・ 単位） 就寝（
投薬時間・タイミング（	）
その他の指示（	）
7. 使用器具および提供数	
注射器⇒ ☐ シリンジ ☐ ペン型	
針⇒（ ☐ ペンニードル）（	G・ 本/月）
8. 自己血糖測定器 ⇒ ☐ 有 ☐ 無（『有』の場合以下記載）	
種類（	（貸出 ⇒ ☐ 有 ☐ 無） 穿刺器具（
針（	本/月） チップ（
	個/月） その他（
9. 消毒薬・衛生材料	
・ カ ッ ト 綿 （	枚× バック） ・ 酒 精 綿 （
・ 消 毒 液 （ ☐ エタノール ☐ 他）（	ml）
・ そ の 他 （	）
10. 緊急時の対応方法（明らかな低血糖発作時等）	
11. その他	

作成者 所属	記入者
ツール管理者 所属	氏名

応用ツール⑧ 糖尿病治療管理

1. 氏 名	生年月日
2. 治療医療機関	・ 担当医
3. 開始日	
4. 経口薬（該当するものに☑）	
☐ 無	
☐ 有 ⇒・薬剤名（	） 量（
	服用法（
・薬剤名（	） 量（
	服用法（
・薬剤名（	） 量（
☐ 薬情あり	服用法（
5. 自己管理能力（該当するものに☑）	
☐ 1) 自己管理可	
☐ 2) 一部介助	
☐ 3) 全面介助（介助者	）
* 家族等の介助状況⇒	☐ 可能 ☐ 不完全 ☐ 不可能
* 特記事項（	）
6. インスリン使用の有無	
インスリン名・量	
朝（	・ 単位） 昼（
・ 単位）	・ 単位）
夕（	・ 単位） 就寝（
・ 単位）	・ 単位）
投薬時間・タイミング（	）
その他の指示（	）
7. 使用器具および提供数	
注射器⇒ ☐ シリンジ ☐ ペン型	
針⇒（ ☐ ペンニードル）	（ G・ 本/月）
8. 自己血糖測定器 ⇒ ☐ 有 ☐ 無（『有』の場合以下記載）	
種類（	（貸出 ⇒ ☐ 有 ☐ 無 ） 穿刺器具（
針（	本/月） チップ（
個/月）	その他（
9. 消毒薬・衛生材料	
・ 酒 精 綿（	枚× バック ）
・ そ の 他（	）
10. 緊急時の対応方法（明らかな低血糖発作時等）	
11. その他	
作成者 所属	記入者
ツール管理者 所属	氏名

応用ツール⑩ 膀胱留置カテーテル管理

1. 氏 名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

☐ 1) 自己管理可☐ 2) 一部介助☐ 3) 全面介助 （介助者* 家族等の介助状況⇒ ☐ 可能 ☐ 不完全 ☐ 不可能

* 特記事項(_____)

5. 使用器具

・ 交換用キット (_____ セット)

・ 尿道カテーテル 号数 (_____ セット)

・ 蓄尿袋 (商品名 _____ ・ _____ 個)

・ 固定液 (_____ ml)

・ 注射器 (_____ ml ・ _____ 本)

6. 消毒薬・衛生材料

・ 滅菌綿棒 (_____ 本) ・ 絆創膏 (_____ 個)

・ 消毒液 (_____ ml) ・ 潤滑油 (_____)

・ 滅菌手袋 (_____ 個) ・ 滅菌ガーゼ (_____ 枚)

・ 滅菌セッシ (_____ 個)

7. カテーテル交換

・ 交換頻度 (_____ 週毎)

・ 最終交換日 (_____)

・ 次回交換予定日 (_____)

8. 緊急時の対応方法（尿道カテーテル閉塞の場合、感染等）

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑩ 膀胱留置カテーテル管理

1. 氏 名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

☐ 1) 自己管理可☐ 2) 一部介助☐ 3) 全面介助 （介助者 _____）* 家族等の介助状況⇒ ☐ 可能 ☐ 不完全 ☐ 不可能

* 特記事項（ _____ ）

5. 使用器具

・ 交換用キット _____ （ _____ セット）

・ 尿道カテーテル 号数 _____ （ _____ セット）

・ 蓄尿袋 _____ （商品名 _____ ・ _____ 個）

・ 固定液 _____ （ _____ ml）

・ 注射器 _____ （ _____ ml ・ _____ 本）

6. 消毒薬・衛生材料

・ 消毒スワブ _____ （ _____ 本） ・ 絆創膏 _____ （ _____ 個）

・ 潤滑油 _____ （ _____ ml） ・ 滅菌ガーゼ _____ （ _____ 枚）

・ 滅菌手袋 _____ （ _____ 個）

・ その他 _____ （ _____ ）

7. カテーテル交換

・ 交換頻度 _____ （ _____ 週毎）

・ 最終交換日 _____ （ _____ ）

・ 次回交換予定日 _____ （ _____ ）

8. 緊急時の対応方法（尿道カテーテル閉塞の場合、感染等）

9. その他

作成者 所属 _____

記入者 _____

ツール管理者 所属 _____

氏名 _____

応用ツール⑪ 自己導尿管理

変更前

1. 氏 名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

☐ 1) 自己管理可☐ 2) 一部介助☐ 3) 全面介助 （介助者 _____）* 家族等の介助状況⇒ ☐ 可能 ☐ 不完全 ☐ 不可能

* 特記事項（ _____ ）

5. 使用器具

☐ ディスポカテーテル

（・商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）

☐ リューザブルカテーテル・再利用型自己導尿用セット

（・商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）

☐ 上記を代用するカテーテル類

（・商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）

6. 消毒薬・衛生材料

* 潤滑剤⇒ ☐ キシロカインゼリー （ _____ 本・個/日）☐ 滅菌グリセリン （ _____ 本・個/日）* 消毒液⇒ ☐ リューザブルカテーテル
（・消毒液名⇒ _____ 本 _____）☐ 自己導尿用カテーテルを入れた容器の中を満たすもの
（・消毒液名⇒ _____ 本 _____）

7. 自己導尿回数指示

* 1日（ _____ ）回 （ _____ ）時間ごと

8. 自己導尿カテーテルの中を満たす消毒液の交換頻度

* （1回/ _____ 日）

9. 緊急時の対応方法

10. その他

作成者 所属 _____

記入者 _____

ツール管理者 所属 _____

氏名 _____

応用ツール⑪ 自己導尿管理

1. 氏 名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

☐ 1) 自己管理可☐ 2) 一部介助☐ 3) 全面介助 （介助者 _____）* 家族等の介助状況⇒ ☐ 可能 ☐ 不完全 ☐ 不可能

* 特記事項（ _____ ）

5. 使用器具

・ ディスポカテーテル

（商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）

・ 自己導尿用セット

（商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）

・ その他

（商品名⇒ _____ ・ Fr _____ ・ 本または _____ 箱/日）

6. 消毒薬・衛生材料

・ 潤滑剤⇒ （商品名⇒ _____ ・ 本・個/日）

7. 自己導尿回数指示

・ 1日（ _____ ）回 （ _____ ）時間ごと

8. 自己導尿カテーテルの中を満たす消毒液の交換頻度

・ （1回/ _____ 日）

9. 緊急時の対応方法

10. カテーテルの管理方法

11. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑫ 腎瘻・尿管皮膚瘻管理

1. 氏 名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 造設日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

☐ 1) 自己管理可☐ 2) 一部介助☐ 3) 全面介助 （介助者 _____）* 家族等の介助状況⇒ ☐ 可能 ☐ 不完全 ☐ 不可能

* 特記事項（ _____ ）

5. 使用器具・交換頻度・数量

・ カテーテル

（ _____ ）

・ カテーテルチップ

（ _____ ）

・ 集尿装具[パウチ、バッグ等] （提供機関 _____）

（ _____ ）

・ 注射器

（ _____ ）

・ 注射針

（ _____ ）

・ 滅菌コップ

（ _____ ）

6. 消毒薬・衛生材料

・ 生理食塩水 （ _____ ml） ・ ガ ー ゼ （ _____ 枚）

・ ガーゼ付絆創膏（ _____ 個） ・ テ ー プ （ _____ ）

・ 消 毒 薬 （ _____ ）

7. 腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテルの洗浄方法

1) 回 数 ⇒ （ _____ ）

2) 量 ⇒ （ _____ ）

3) 手技等 ⇒ （ _____ ）

8. 緊急時の対応方法（カテーテルが抜けた、つまった場合、血尿等）

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑫ 腎瘻・尿管皮膚瘻管理

1. 氏 名 生年月日

2. 治療医療機関 ・担当医

3. 造設日

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

☐ 1) 自己管理可☐ 2) 一部介助☐ 3) 全面介助（介助者＊ 家族等の介助状況⇒ ☐ 可能 ☐ 不完全 ☐ 不可能

＊ 特記事項（ ）

5. 使用器具・交換頻度・数量

・ 集尿装具[パウチ、バッグ等]（提供機関
（ ）

6. 消毒薬・衛生材料

・ 消毒スワブ（ 本） ・ ガ ー ゼ（ 枚）

・ ガーゼ付絆創膏（ 個） ・ テ ー プ（ ）

・ その他（ ）

7. 腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテル挿入部のケア方法

1) 回 数 ⇒（ ）

3) 手技等 ⇒

8. 緊急時の対応方法（カテーテルが抜けた、つまった場合、血尿等）

9. その他

作成者 所属 記入者
ツール管理者 所属 氏名

応用ツール⑬ 人工呼吸療法管理

1. 氏 名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

☐ 1) 自己管理可☐ 2) 一部介助☐ 3) 全面介助 （介助者 _____）* 家族等の介助状況⇒ ☐ 可能 ☐ 不完全 ☐ 不可能

* 特記事項（ _____ ）

5. 使用器具・交換頻度・提供数 （業者名 _____）

	機種・種類・サイズ	個数	交換頻度
人工呼吸器			
人工呼吸器回路			回/週
加湿モジュール			回/週
バクテリア・フィルター			ヶ月毎
外気取入口フィルター			ヶ月毎
気管カニューレ			医師による交換

6. 消毒薬・衛生材料

滅菌綿球	個	吸引チューブ	、	本
滅菌ガーゼ(Yカット)	枚	消毒液(気切用)	、	本
絆創膏	個	生理食塩水	、	本
		滅菌蒸留水	ml	本

7. 人工呼吸器等設定 (NPPV含む)

使用時間	時 分～ 時 分まで				
モード		吸気時間	秒	気道内圧下限	cmH2O
1 回換気量	ml	吸気流量	L/分	気道内圧上限	cmH2O
呼吸回数	回/分	感度	cmH2O	加湿加湿器設定	
I /E比	1: 秒	気道内圧	cmH2O	酸素量	ml/分

8. 緊急時の対応方法

9. その他 (CPAPを使用している場合はその旨記載下さい。)

作成者 所属 _____

記入者 _____

ツール管理者 所属 _____

氏名 _____

応用ツール⑬ 人工呼吸療法管理

1. 氏 名 生年月日

2. 治療医療機関 担当医

3. 開始日

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

☐ 1) 自己管理可☐ 2) 一部介助☐ 3) 全面介助（介助者＊ 家族等の介助状況⇒ ☐ 可能 ☐ 不完全 ☐ 不可能

＊ 特記事項（

5. 使用器具・交換頻度・提供数（業者名

	機種・種類・サイズ	個数	交換頻度
人工呼吸器			
人工呼吸器回路			回/週
加湿モジュール			回/週
バクテリア・フィルター			ヶ月毎
外気取入口フィルター			ヶ月毎
気管カニューレ			医師による交換

6. 消毒薬・衛生材料

消毒スワブ	個	吸引チューブ	、 本
滅菌ガーゼ(Yカット)	枚	滅菌蒸留水	ml 本
絆創膏	個		
その他			

7. 緊急時の対応方法

8. その他(CPAPを使用している場合はその旨記載下さい。)

作成者 所属 記入者
ツール管理者 所属 氏名

応用ツール⑭ 気管カニューレ管理

1. 氏 名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 造設日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

☐ 1) 自己管理可☐ 2) 一部介助☐ 3) 全面介助（介助者 _____）＊ 家族等の介助状況⇒ ☐ 可能 ☐ 不完全 ☐ 不可能

＊ 特記事項（ _____ ）

5. 経口摂取（該当するものに☑）

☐ 可☐ 不可

6. 医療器材

・ カニューレの名称（ _____ ）

・ 交換の頻度（ _____ 週に _____ 回）

・ カニューレの数（ _____ 本）

・ カフ用注射器（ _____ ml _____ 個）

7. 衛生材料

・ 滅菌綿棒（ _____ 本）

・ 滅菌Yガーゼ（ _____ 個）

・ 絆創膏（ _____ ）

・ 消毒液（薬品名： _____ 、 _____ 本）

8. トラブル時の対処

1) カニューレ抜去時の対応方法

2) 呼吸困難時の対応方法

3) 緊急時の対応方法

9. その他

作成者 所属 _____

記入者 _____

ツール管理者 所属 _____

氏名 _____

応用ツール⑭ 気管カニューレ管理

1. 氏 名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 造設日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

☐ 1) 自己管理可

☐ 2) 一部介助

☐ 3) 全面介助 （介助者 _____）

* 家族等の介助状況⇒ ☐ 可能 ☐ 不完全 ☐ 不可能

* 特記事項（ _____ ）

5. 経口摂取（該当するものに☑）

☐ 可

☐ 不可

6. 医療器材

・ カニューレの名称 （ _____ ）

・ 交換の頻度 （ _____ 週に _____ 回）

・ カニューレの数 （ _____ 本）

・ カフ用注射器 （ _____ ml _____ 個）

7. 衛生材料

・ 消毒スワブ （ _____ 本）

・ 滅菌Yガーゼ （ _____ 個）

・ 絆 創 膏 （ _____ ）

・ そ の 他 （ _____ ）

8. トラブル時の対処

1) カニューレ抜去時の対応方法

2) 呼吸困難時の対応方法

3) 緊急時の対応方法

9. その他

作成者 所属 _____

記入者 _____

ツール管理者 所属 _____

氏名 _____