

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
消毒液⇒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（持続携行式腹膜透析） ☐ 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（持続携行式腹膜透析）

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

・ スリフスティック（ 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

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（持続携行式腹膜透析）

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

- ・ 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 _____

変更前

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）

・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（ 巻） ・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

変更前

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()
服用法()
☐ 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)
夕() 単位) 就寝() 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

- ・カ ッ ト 綿 (枚× パック)
- ・酒 精 綿 (枚× パック)
- ・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（ ）
服用法（ ）
- ☐ 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）

夕（ ） 単位） 就寝（ ） 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 _____