

緊急時対応についての問診票

項目	看護師記載欄
<p>【けいれん】 けいれん発作:(無 ・ 有) 最終発作:(年 月 日) ※入所時に再度確認します。</p> <p>※発作時の状況について、ご記入ください。 ・前駆症状、発生しやすいタイミング ⇒</p> <p>・発作の様子と持続時間、その対応(薬剤使用も含む) ⇒①発作時の様子:</p> <p>② 分以上痙攣が続く時(薬剤・容量) 使用 / 時間に 回以上で(薬剤・容量) 使用 時間空けて 回/日まで使用可</p> <p>※上記で症状が治まらない場合は、ご家族へ連絡させていただきます。</p> <p>・<u>筋緊張や落ち着かない際の対応があればご記入ください。</u> ⇒①筋緊張亢進時の様子:</p> <p>⇒②臨時薬剤を使用の方はご記入ください。 分以上緊張・不穏が続く時 使用。 /改善しない際は 使用。</p> <p>※上記で症状が治まらない場合は、ご家族へ連絡させていただきます。</p>	<p>1.黒ペン記載 2.赤ペン記載 3.青ペン記載</p>

日常のご様子についての問診票

※該当する項目にチェックを入れてご記入ください。

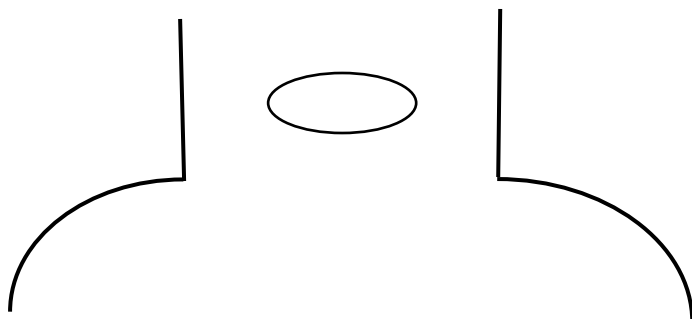
※特記事項がある場合は、空白欄にご記入ください。

項目	看護師記載欄
<p>【内服について】</p> <p><u>・現在使用中の内服薬・注射薬・点滴・注入物・臨時薬については薬剤情報提供書またはお薬手帳を必ず持参ください。入所時に、看護師が内服・投与方法についてお伺いします。</u></p> <p><u>・外用薬、座薬等については後半の項目に詳しくご記入ください。</u></p> <p><input type="checkbox"/>人工呼吸器の使用(人工呼吸器指示書コピーを必ず持参ください)</p> <p>機械の種類:</p> <p>設定:</p> <p>装着時間: 24 時間 ・ (時～ 時)</p> <p>外すことが可能な時間: ()時間</p> <p>どんな時に外しますか?:</p> <p>加湿器の温度:</p> <p>人工呼吸器装着中の吸引頻度:(時間/回) ・ その他()</p> <p><input type="checkbox"/>酸素の使用</p> <p>流量:(L/分)</p> <p>方法:経鼻・マスク・気管孔・呼吸器・吹き流し・その他()</p> <p>使用時: 常時 ・ 夜間 ・ 症状に応じて(場合に使用)</p> <p><input type="checkbox"/>気管切開</p> <p>喉頭気管分離:(無 ・ 有)</p> <p>カニューレの種類・サイズ:(/)</p> <p>カニューレ交換の頻度:(/週・月)</p> <p>Yガーゼ:(無 ・ 有 < 枚 上から ・ 下から >)</p> <p>Yガーゼ交換頻度:(回/日 ・ 汚染毎)</p> <p>カニューレ交換時の注意点:</p>	<p>1.黒ペン記載 2.赤ペン記載 3.青ペン記載</p>

※該当する項目にチェックを入れて、ご記入ください。

□気切孔ケアについて(カユレ固定・ガーゼ挿入方法について図にご記入ください)

発赤(無・有) } ※ありの場合は下の図に赤ペンでチェックを入れて
 肉芽(無・有) } ください。使用している軟膏や処置があれば一緒
 にご記入ください。



□経鼻咽頭エアウェイの使用

挿入方法:(右鼻 ・ 左鼻)

昼のみ外す:(無 ・ 有(時～ 時))

種類・サイズ:(/)

固定方法:

洗浄頻度:

挿入時の注意点

⇒例)どちらかの鼻が入り難い、左右でサイズが違う等あればご記入ください

□吸入

吸入薬の種類	実施時間

※該当する□にチェックを入れてご記入ください。
 ※特記事項がある場合は空白欄にご記入ください。

項目	看護師記載欄
<p>□吸引</p> <p>吸引箇所:(<input type="checkbox"/> 口 <input type="checkbox"/> 鼻腔(右・左) <input type="checkbox"/> 両方から吸引)</p> <p>自力で痰が出せるか:(<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい)</p> <p>吸引チューブのサイズ:(<input type="text"/> Fr)</p> <p>挿入の長さ:(<input type="text"/> cm)</p> <p>吸引圧:(<input type="text"/> mmHg)</p> <p>吸引の頻度:(<input type="text"/>)</p> <p>チューブ交換の頻度:(<input type="text"/> /日・ <input type="text"/> 汚染毎)</p>	
<p>□低圧持続吸引</p> <p>吸引チューブのサイズ:(<input type="text"/> Fr)</p> <p>固定の長さ:(<input type="text"/> cm)</p> <p>吸引の場所:(<input type="checkbox"/> 口・ <input type="checkbox"/> 鼻)</p> <p>持続時間: 24 時間 ・ (<input type="text"/> 時～ <input type="text"/> 時) ・ 必要時(<input type="text"/>)</p> <p>チューブ交換の頻度:(<input type="text"/> /日・ <input type="text"/> 汚染毎)</p>	
<p>□気管内吸引</p> <p>吸引チューブのサイズ:(<input type="text"/> Fr)</p> <p>挿入の長さ:(<input type="text"/> cm)</p> <p>吸引圧:(<input type="text"/> mmHg)</p> <p>吸引の頻度:(<input type="text"/>)</p> <p>チューブ交換の頻度:(<input type="text"/> /日・ <input type="text"/> 汚染毎)</p>	
<p>□排痰ケア(カフアシスト)</p> <p>実施時間:</p> <p>回数設定:(<input type="text"/> 呼吸 <input type="text"/> セット) ※プリセット 1・2</p> <p>体位:</p>	<p>※日帰り入所の際に、カフアシストチェック表を、持って行く。</p>
<p>□腹臥位</p> <p>腹臥位はとれるか :(<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい)</p> <p>方法:</p>	

項目	看護師記載欄
<p>【アレルギー】</p> <p>薬物アレルギー 無・有(薬剤名:)</p> <p>食物アレルギー 無・有(食物名:)</p> <p>他 アレルギー 無・有(詳細:)</p> <p>【経口摂取】</p> <p>普段の食事摂取量 例)お茶碗 1 杯</p> <p>主食:</p> <p>副食:</p> <p>食事動作: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助</p> <p>食事形態:</p> <p>食するときの姿勢: 座位保持いす ・ テーブル付車いす ・ ベッド上</p> <p>水分の取り方: コップ ・ ストロー ・ スプーン ・ その他</p> <p>トロミ:(無 ・ 有)</p> <p>トロミの硬さの目安:(ポタージュ状など)</p> <p>※食事介助するときの工夫や注意点 食事の好き嫌い</p> <p>例)角度、枕の挿入のしかた、スプーンの種類、食べ方のコツ 等</p> <div data-bbox="129 1108 1059 1800" style="border: 1px solid black; height: 300px; width: 100%;"></div> <p>飲水チェック:(必要 ・ 不要)</p> <p>1 日水分量の目安:(ml/日)</p>	

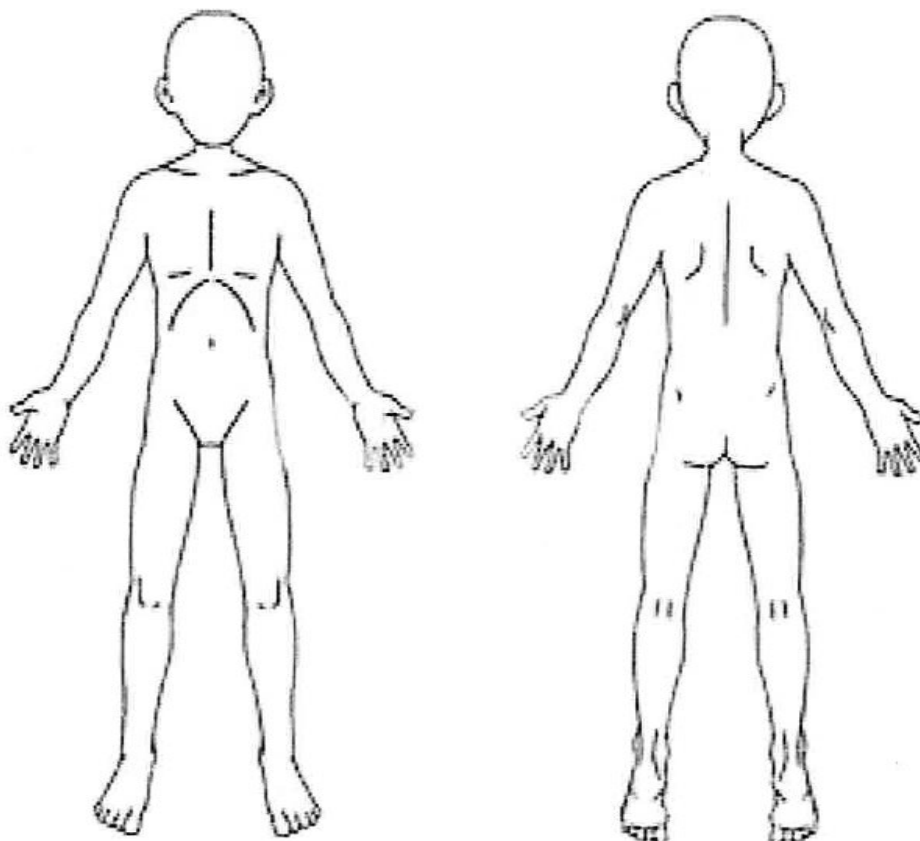
項目	看護師記載欄
<p>【排尿】 下着:(パンツ・紙おむつ ・尿取りパット) 尿意:(わかる・わからない) 尿回数:1日 回 または尿量1日 ml 尿量チェック(有・無) ⇒例)オムツの枚数・当て方や昼・夜の排尿方法の違い等をご記入ください</p> <p>※女性の方:生理 あり なし ・間隔: ・最終月経 /</p> <p>【排便】 便意:(わかる ・ わからない) 排便回数:(/回 日) 便性状:(普通 ・ 硬い ・ やわらかい ・ 水っぽい) 便量:通常時の便量をご記入ください。(鶏卵大など)</p> <p>【導尿】 カテーテルの種類・サイズ:(/ Fr) 導尿回数:(/ 日) 導尿時間:() 膀胱留置カテーテル:(無 ・ 有<固定水: ml サイズ: Fr >) (24 時間 ・ 夜間のみ< 時~ 時>) 最終交換日:(/) 尿量測定は必要ですか?:(いいえ ・ はい<※当施設はg表記になります>) ⇒導尿手順の注意点があればご記入ください</p> <p>【ストーマ】 種類:(空腸 ・ 回腸 ・ 上行結腸 ・ 横行結腸 ・ S状結腸) 装具:(名称: 会社名:) 装具交換頻度:(/回 日) ストーマ周囲の皮膚トラブル:(無 ・ 有) 管理・固定方法:</p>	

【皮膚状態確認表】

※使用している軟膏(薬剤名と塗布頻度)があれば図に塗布部位を赤ペンで印をつけて詳細をご記入ください。

※傷や損傷・手術痕がある場合は、図に赤ペンで印をつけて詳細をご記入ください。

※これまで褥創ができた事がありましたら、発生箇所をご記入ください。



項目	看護師記載欄
<p>【移動】 移動動作(1):つかまり立ち・伝い歩き・手つなぎ歩行・車椅子(全介助) 車椅子(自走)・独歩 移動動作(2):転がる・這う・いざる・膝で移動・お尻で移動 その他() 自力で移動できる範囲の目安 (例)6 畳程度など ⇒ 移動や車椅子で過ごす際の注意点があればご記入ください (例)車椅子乗車時間制限など</p> <p>【装具の使用】 装具:(無 ・ 有) 使用箇所:</p> <p>骨折歴:(無 ・ 有) 部位() 脱臼 :(無 ・ 有) 部位() 変形・拘縮部位:(無 ・ 有) 部位:()</p> <p>体位変換:(自立・一部介助・全介助) 体位変換間隔(時間毎) 好きな体位:(右向き ・ 左向き ・ 腹臥位 ・ 仰臥位 ・ ベッドアップ) 体位変換についての注意点をご記入ください。 ⇒例)ベッドの角度について・クッションの当て方等ご記入ください</p> <p>座位保持:(一人で座れる ・ 支えがあると座れる ・ できない) 使用している物品: 座位保持について注意点があればご記入ください。 ⇒例)ベッドの角度について・クッションの当て方等ご記入ください</p>	

項目	看護師記入欄
<p>【睡眠】 夜間睡眠時間(時 ~ 時) 夜間体位変換:(21時 22時 23時 0時 1時 2時 3時 4時 5時) 夜間オムツ交換:(21時 22時 23時 0時 1時 2時 3時 4時 5時) お昼寝:(しない ・ する(時間や長さ)) 寝るときの姿勢や工夫や注意点についてご記入ください ⇒</p> <p>着替えの頻度:(/回 日) 介助の注意点があればご記入ください ⇒</p> <p>【歯磨き】 回数:(朝 ・ 昼 ・ 夜) 使用物品: (歯ブラシ ・ スポンジブラシ ・ ガーゼ ・ 歯磨き粉< 無 ・ 有>) 歯のぐらつき:(無 ・ 有) 部位() 噛み癖:(無 ・ 有) マウスピース使用:(無 ・ 有) 義歯・口腔内補助具:(無 ・ 有) 種類()</p> <p>【入浴】 入浴好き嫌い:(嫌い ・ 好き) 入浴時の注意点があればご記入ください ⇒</p>	

項目	看護師記載欄
<p>【コミュニケーション】</p> <p>言語:(話せる ・ 少し話せる ・ 話せない)</p> <p>視覚:(見える ・ 見えない ・ 不明)</p> <p>聴覚:(聞こえる ・ 聞こえない ・ 不明)</p> <p>補聴器・眼鏡:(無 ・ 有)</p> <p>【意思表示の方法】</p> <p>うれしい時:</p> <p>不快な時:</p> <p>好きなこと・得意なこと・興味があること:</p> <p>嫌いなこと・苦手なこと:</p> <p>自傷行為:(無 ・ 有<内容: >)</p> <p>異食の有無:(いいえ ・ はい<内容 >)</p> <p>⇒ご家庭での対応についてご記入ください</p> <p>集団生活に対する注意点</p> <p>⇒</p> <p>滞在中に気を付けてほしいこと</p> <p>⇒</p>	