

定期的に受けている医療や処置

処置や対応の内容 なし あり (✓をしてください)

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 点滴の管理 | <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・胃ろう） |
| <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 | <input type="checkbox"/> 吸引処置（ 回/日 一時的・継続的） |
| <input type="checkbox"/> 透析 | <input type="checkbox"/> モニター測定（酸素飽和度 血圧 心拍） |
| <input type="checkbox"/> ストーマの処置 | <input type="checkbox"/> カテーテル（留置・コンドーム型・その他 ） |
| <input type="checkbox"/> 酸素療法 | <input type="checkbox"/> 褥瘡（床ずれ） |
| <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 | <input type="checkbox"/> 体位交換 |
| <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 | <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 | <input type="checkbox"/> その他（ ） |

訪問看護 なし あり

事業所名	頻 度	利用期間
	週・月 回	年 月 日～ 年 月 日
	週・月 回	年 月 日～ 年 月 日

アレルギーの記録 なし あり

アレルギーの
内容

.....

.....

.....

