

利用者氏名		
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：
医療ケアについて		
<input type="checkbox"/>	気管内吸引	必要（ Fr cm） ・ 不要 特記事項：
<input type="checkbox"/>	薬液吸入	必要（種類： ） ・ 不要 特記事項：
<input type="checkbox"/>	水分制限	あり（水分量 ml/日） ・ なし 特記事項：
<input type="checkbox"/>	栄養	注入方法・速度 胃内容物残渣 ml以上あるときの対応： 特記事項：
<input type="checkbox"/>	経口摂取	可（形状の制限： ） ・ 不可 特記事項：
<input type="checkbox"/>	導尿	必要（カテーテルサイズ Fr） ・ 不要 特記事項：
<input type="checkbox"/>	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 ・ なし 特記事項：	
<input type="checkbox"/>	経管栄養チューブ抜去時の対応（施設看護師による再挿入 可 ・ 不可） 特記事項：	
<input type="checkbox"/>	痙攣時の対応について（薬剤の使用 あり ・ なし） 有の場合：薬剤名 使用の目安： 特記事項：	
活動について		
<input type="checkbox"/>	禁忌体位	あり（内容 ） ・ なし
<input type="checkbox"/>	外出	可 ・ 不可 ※基本的に看護師が付き添います
<input type="checkbox"/>	送迎車への乗車	可 ・ 不可 ※基本的に看護師が添乗します
アレルギーについて		
<input type="checkbox"/>	アレルギー (薬剤・食物)	あり ・ なし (ありの場合ご記入ください) 薬剤・食品名 : 緊急時の対応 : 活動などの制限 :

医療法人社団のびた

医療型特定短期入所まんまる 御中

令和 年 月 日

医療機関名

住所・電話

医師氏名

印