**ID：**

**名前：　　　　　　　　　　　呼び名：**

**レスパイト入院生活情報用紙**

**家族構成**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 続柄 | 生年月日　（年齢） | 連絡先 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**基本情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 基礎疾患 |  |
| 大きな入院歴  手術歴 |  |
| アレルギーの有無 | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）無 |
| 痙攣について | |
| 起こりやすい  タイミング |  |
| 前兆 |  |
| 症状 |  |
| 症状の持続時間 |  |
| 対応 |  |
| 最終発作 | 年　　　月　　　日 |

**内服薬**

**内服薬は下記に全て記入してください。お薬手帳も確認させていただきますので、処方量と実際の投与量が違う場合などありましたら、看護師にお声掛けください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 服用  時間 | 薬剤名 | | 錠数・包数 | 注意点 |
| 時 | 食前  ・  食後 |  |  |  |
| 時 | 食前  ・  食後 |  |  |  |
| 時 | 食前  ・  食後 |  |  |  |
| 時 |  | |  |  |

**内服方法**

|  |
| --- |
|  |

**屯用**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 使用目的 | 薬剤名 | 使用量 | 注意点 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**点眼**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬剤名 |  | 使用するタイミング |
|  | 両目　　右眼　　左眼 |  |
|  | 両目　　右眼　　左眼 |  |
|  |  |  |

**軟膏**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬剤名 | 使用部位 | 使用するタイミング |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**気管切開**

|  |  |
| --- | --- |
| カニューレ | |
| 種類 |  |
| 交換頻度 | （最終交換　　月　　日） |
| 予定外にカニューレが  抜けた時の対応 |  |
| 人工鼻 | |
| 使用の有無 | 有（常時使用　入浴時のみ　日中のみ　　時～　　時）無 |
| 種類 |  |
| 交換頻度 |  |
| 気切周囲 | |
| 皮膚状態（肉芽・発赤など） |  |
| 喉頭気管分離 | |
| 喉頭気管分離の有無 | 有　　無 |

**人工呼吸器**

|  |  |
| --- | --- |
| 機種名 |  |
| 使用状況 | 24時間　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 設定条件 |  |
| 担当連絡先 |  |

**酸素**

|  |  |
| --- | --- |
| 酸素使用 | 有　　無 |
| 使用するタイミング |  |
| 流量調整範囲 |  |

**吸入**

|  |  |
| --- | --- |
| 定時 | 時間　　　　　　　　　　　　　薬剤 |
| 臨時 | タイミング　　　　　　　　　　　薬剤 |

**吸引**

|  |  |
| --- | --- |
| 気管 | Fr　　　挿入の長さ： |
| 鼻腔　口腔 | Fr　　　挿入の長さ： |
| 吸引頻度 |  |
| カテーテル交換頻度 |  |

**排痰補助装置**

|  |  |
| --- | --- |
| 設定内容 | 例）プリセット1を1回の後、プリセット2を5呼吸 |
| 使用するタイミング |  |
| 注意点 |  |

**胃瘻・胃管**

|  |  |
| --- | --- |
| 胃瘻 | |
| 種類 | （最終交換　　月　　日） |
| 固定水の量 |  |
| ガーゼ交換頻度 |  |
| 注意点 |  |
| 予定外に胃瘻が  抜けた時の対応 |  |
| 胃管 | |
| サイズ | Fr　　　挿入の長さ： |
| 固定方法  ※絵または写真可 |  |
| 交換頻度 | （最終交換　　月　　日） |

**食事・口腔ケア**

|  |  |
| --- | --- |
| 口腔ケア | |
| 実施時間 |  |
| 手順  注意点 |  |
| 経口摂取 | |
| 経口摂取の有無 | 有　　無 |
| 形態 |  |
| とろみの有無 | 有　　無　　　とろみの程度： |
| 所用時間 |  |
| 水分摂取方法 |  |
| 食事介助方法 |  |
| 経管栄養 | |
| 注入時間・内容  所用時間  ※すべての時間ご記入下さい | ※タイムスケジュール表の例を参照し記入してください。 |
| 胃内容物の指示 |  |
| 注入手順 |  |

**排泄**

|  |  |
| --- | --- |
| おむつ使用の有無 | 有　　無 |
| パット使用の有無 | 有　　無 |
| 排尿 | |
| トイレ誘導の有無 |  |
| 平均排尿回数 |  |
| 排尿間隔 |  |
| 導尿の有無 | 有　　無 |
| 使用カテーテル | Fr　　　挿入の長さ： |
| 使用物品 |  |
| 排便 | |
| 最終排便 | 月　　日 |
| 普段の便性・量 |  |
| 排便頻度 | 日　　回 |
| 排便方法 |  |
| 浣腸の有無 | 有（タイミング：　　　　　　　　　　　　）　無 |
| 摘便の有無 | 有（タイミング：　　　　　　　　　　　　）　無 |

**睡眠**

|  |  |
| --- | --- |
| 起床時間 |  |
| 就寝時間 |  |
| 中途覚醒 |  |
| 昼夜逆転 |  |
| 入眠時の環境や工夫 |  |
| 睡眠導入剤の有無 | 有（タイミング：　　　　　　　　　　　　）　無 |
| 睡眠中のおむつ交換 | 要　　不要 |
| 睡眠中の体位交換 | 要（　　時間ごと）　不要 |

**清潔ケア**

|  |  |
| --- | --- |
| 注意点 |  |
| 入浴頻度 | 日　　回 |

**普段の様子**

|  |  |
| --- | --- |
| バイタルサイン | |
| 体温 |  |
| 心拍数 |  |
| SPO2値 |  |
| 運動機能 | |
| 寝返り | 可・不可 |
| 座位 | 可・不可 |
| 膝立ち | 可・不可 |
| 立位 | 可・不可 |
| 歩行 | 可・不可 |
| 装具の有無 | 有　部位：　　　無　　装着のタイミング： |
| 装着方法  ※絵または写真可 |  |
| 移乗方法  ※絵または写真可 |  |
| ポジショニング方法  ※絵または写真可 |  |
| コミュニケーション・環境・習慣 | |
| 好きな事 |  |
| 嫌いな事 |  |
| リラックス方法 |  |
| 特記事項 |  |