

生活について（医療的ケアの状況）	
日常の経皮的酸素飽和度（SpO2）	覚醒時（ %）、睡眠時（ %）
吸引療法	有 ・ 無
口腔・鼻腔内 気管内 吸引圧 吸引の頻度 その他 注意点	（サイズ Fr、挿入長：口腔 cm、鼻腔 cm） （サイズ Fr、挿入長 cm） （ hPa） （食前 ・ 食後 ・ 吸入後 ・ 就寝前 など）
気管切開術	有 ・ 無 （ 年 月 施行 ）
術式 気管カニューレ カニューレの固定方法 カニューレ交換時期、最終交換日 ガーゼの枚数・Y割の向き 腕頭動脈とカニューレの位置関係 人工鼻・スピーチバルブ・レティナ 永久気切孔	喉頭気管分離 ・ 単純気管切開 （種類 サイズ内径 mm、長さ cm） （カフ 圧 hPa, 量 mL） 毎日 ・ 週 回 （ 枚 時方向 ） 接していない ・ 接している 有 ・ 無 （種類 ） （注意点・使用方法 ）
酸素療法	有 ・ 無 （ 年 月 開始 ）
状況 目安 投与方法 その他	常時 ・ 睡眠時 ・ 臨時 酸素投与量 L/分 経皮的酸素飽和度（ ）%以上を維持 酸素マスク ・ 鼻腔カニューレ ・ 人工呼吸器
人工呼吸療法	有 ・ 無 （ 年 月 開始 ）
自発呼吸 使用状況 呼吸器の種類 呼吸器の設定 呼吸器装着時間 加温加湿器	有 ・ 無 常時 ・ 睡眠時 ・ その他：入浴 移動など （ ） モード（ ） IPIP（ ）EPEP（ ）呼吸回数（ ） 吸気時間（ ） FiO2・酸素使用量（ ） トリガー（ ） ライズタイム（ ） 回路外れアラーム（ ）分時換気量下限（ ） （ : ~ : ） 有 ・ 無 水の交換方法（ ）
エアウェイ療法	有 ・ 無 （ 年 月開始 ）
方法	経鼻 ・ 経口（サイズ内径 mm、長さ cm）

生活について（医療的ケアの状況）

経管栄養療法	有 ・ 無 （ 年 月 開始）
栄養剤の種類	エンシュア ・ アイソカル ・ エネーボ ・ ラコール その他（ ）
注入時間	・ 分で mL
方法	手押し（ 回に分けて）・ ボトル ・ バック ・ シリンジ 後押し白湯量 mL
経鼻チューブ	種類・サイズ・挿入長（ 、 Fr、 cm）
胃ろう	種類・サイズ（ 、 Fr、 mm）
長さの型	チューブ型 ・ ボタン型（ cm）
ストッパーの型	バンパー型 ・ バルーン型（固定水 mL）
その他	（ 最終交換日 月 日 ）
使用している薬剤	
内服薬種類・回数	
<ul style="list-style-type: none"> ・ ・ ・ ・ ・ 	
服薬方法	
mL の水で粉末薬を溶き、シリンジにて経口で服用。	
胃ろう、経鼻チューブより注入 後押し水または白湯 mL	
吸入療法	
吸入薬	薬剤名・量・時間
定時吸入	（ ）
適宜吸入	（ ）
臨時吸入	（ ）
発熱時の対応	
薬剤名・量	（ ）
実施の目安	（ ）
その他	（ ）
けいれん時の対応	
薬剤名・量	（ ）
実施の目安	（ ）
治療対象とする 発作型	（ ）

生活について（身辺面の状況）

食 事	<p><食事状況></p> <p>全介助 ・ 一部介助</p> <p>・ 食事の姿勢 椅子 ・ 抱っこ ・ リクライニングベッド 車椅子 ・ バギー（リクライニング 有・無）</p> <p>・ 1回の量（ お茶碗半分など ）</p> <p>・ 所要時間（ 分/回 ）</p> <p>・ 終了時の白湯量 （ mL）</p> <p><食事形態></p> <p>経口摂取 ほ乳瓶使用 ・ 普通食 ・ 軟菜食 刻み食 ・ ベースト食 ・ ミキサー食</p> <p>乳首の種類 （ ）</p> <p>とろみ剤の使用 有 ・ 無</p> <p>とろみの程度 g/ 本</p> <p><食事用具></p> <p>スプーン ・ フォーク</p> <p><食べ方など></p> <p>普通に食べる ・ 嘔まずに飲み込む ・ よくむせる ・ 時々むせる</p> <p><食欲></p> <p>良い ・ 普通 ・ 変動する</p> <p>・ 好きな食べ物（ ）</p> <p>・ 嫌いな食べ物（ ）</p> <p><その他></p> <p>（ ）</p>
	<p><口腔ケア></p> <p>使用物品 歯ブラシ・スポンジブラシ・歯間ブラシ・舌ブラシ・歯磨きシート</p> <p>タイミング 毎食後 ・ 就寝前 ・ 起床時</p> <p>口腔消毒液の使用 有 ・ 無</p>
水 分 補 給	<p>水分は飲めない ・ コップ 、 哺乳瓶 、 ストローで飲む</p> <p>とろみ使用 有 ・ 無 とろみの使用量（ g/ 本 ）</p> <p>種類（ ）</p> <p>1回量（約 mL）</p> <p>1日量（約 mL）</p>

生活について（身辺面の状況）

排便	回数（ 回/ 日） 自然に便が出る（ 毎日 ・ 日毎）（1日 回） 便の状態（緩い・硬め・普通 ） 浣腸・下剤・坐薬使用 有 ・ 無 （下剤名、使用量 ） （使用の目安・時間 ） その他
排尿	回数（ 回/ 日）
入浴	入浴頻度（ 日に 回 または 曜日と 曜日 ） 介助方法（ ） 入浴サービス 有 ・ 無 入浴時に必要な物品（ 洗剤・スポンジ・クッション、 ） 軟膏の種類（ ） 使用部位 全身・部位（ ） どのような時に使用している 乾燥・発赤・発疹・その他（ ）
コミュニケーション	
好きなこと	EX) 音楽・TV など
行動 ストレス時の	
兆候 体調が悪くなる時の	

