

人工呼吸器	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
		使用開始時期(年 月)
		機種()
		外部バッテリー (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
		条件モード()
		酸素 (%) (l)
		呼吸回数(回/分)
		一回換気量(ml/回)
経管栄養	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 経鼻チューブ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう)
		<input type="checkbox"/> 経鼻チューブ (サイズ: Fr)
		<input type="checkbox"/> 胃ろう (種類:), (サイズ: Fr)
		<input type="checkbox"/> 腸ろう (サイズ: Fr) (cm固定)
		薬剤名() 注入量(1回 cc、 1日 cc)、 注入回数(1日 回)
発熱時の対応 (°C以上)		薬剤名() 量()
		実施の目安()
便秘時の対応		<input type="checkbox"/> 方法(<input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> ガス抜き <input type="checkbox"/> 排便)
		薬剤名() 量()
		実施の目安()
緊張時の対応	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
		薬剤名() 量()
		実施の目

■ 急変時対応方針

確認日	(年 月 日)
確認者	医療機関名 () 医師()
患者・家族への説明	
<input type="checkbox"/> 本人	
<input type="checkbox"/> 本人以外	(氏名:)(続柄:)
	(住所:)
	(連絡先:)
指示内容	
<input type="checkbox"/> 酸素	()
<input type="checkbox"/> エアウェイ	()
<input type="checkbox"/> 挿管	()
<input type="checkbox"/> DCショック	()
<input type="checkbox"/> 透析	()
<input type="checkbox"/> 輸液	()
<input type="checkbox"/> 輸血	()
<input type="checkbox"/> カテコラミン類	()
<input type="checkbox"/> 口腔・喀痰吸引	()
家族到着まで	
<input type="checkbox"/> 心マッサージ	()
<input type="checkbox"/> バッグバルブマスク	()
<input type="checkbox"/> なにも行わない	()
<input type="checkbox"/> その他	()

■ 緊急医療連絡先

緊急対応病院			主治医名	
電話番号		住所		
(備考)				

