1. **年　　/　　Ns.サイン:　　　②　　　年　　/　　Ns.サイン:　　　　③　　　年　　/　　Ns.サイン:**

**緊急時対応についての問診票**

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 看護師記載欄 |
| 【けいれん】　けいれん発作：（　　無　　・　　有　　）　最終発作：（　　　　　　年　　　　月　　　　日）　※入所時に再度確認します。※発作時の状況について、ご記入ください。・前駆症状、発生しやすいタイミング⇒・発作の様子と持続時間、その対応（薬剤使用も含む）⇒①発作時の様子：　②　　　　分以上痙攣が続く時　（薬剤・容量）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　使用　/　　　時間に　　回以上で（薬剤・容量）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　使用　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　時間空けて　　　　　回/日まで使用可　　**※上記で症状が治まらない場合は、ご家族へ連絡させていただきます。**・**筋緊張や落ち着かない際の対応があればご記入ください。**⇒①筋緊張亢進時の様子：⇒②臨時薬剤を使用の方はご記入ください。　　　　　　　　　　分以上緊張・不穏が続く時　　　　　　　　　　　　　　　　　　使用。　/改善しない際は　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　使用。　　　　　　　　　　　　　　　　　**※上記で症状が治まらない場合は、ご家族へ連絡させていただきます。** | **1.黒ペン記載2.赤ペン記載3.青ペン記載** |

1

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 看護師記載欄 |
| 【酸素飽和度について】　平常時SPO²：　　　　　　　%　SPO²ﾓﾆﾀｰ装着:（　無　・　有　〈　24H　・　夜間　・　必要時:　　　時～　　　時〉　）　⇒SPO²低下時対応について外来受診時にお伺いします。【ﾊﾞｲﾀﾙｻｲﾝについて】平常時の熱：　　　　　　　　　　　　　　　/平常時の脈拍:　⇒発熱時の対応について外来受診時にお伺いします。【経管栄養について】　（　　胃瘻　・　経鼻　　）　※注入時の対応について　平常時胃残量：　有　（　　　　　　　　ml）　・　無　①胃残　　　　　　　　ml以上で　　　　　　　　　時間or分ずらして注入1. 胃残　　　　　　　　ml以上で差し引き注入

【便秘対応について】　＊該当する項目にご記入ください。　□　　　　　　　　日以上排便ない場合、下剤：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　使用　□　　　　　　　　日以上排便ない場合、座薬：　　　　　　　　　mg　　　　　　本使用　□　　　　　　　　日以上排便ない場合、浣腸：　　　　　　　　　　　　　　　　　ml使用【不眠時対応について】　⇒薬剤を使用する場合は薬剤名・使用のﾀｲﾐﾝｸﾞについてご記入ください。　寝具について：　　ベッド　　・　　布団　ベッド柵の使用:　　無　・　有（どのような柵ですか?:　　　　　　　　　　　　　　　）【リハビリテーションについて】　⇒理学療法士が午前のみ在席しています。ご相談されたいお体の取り組み等ございましたらご記入ください。【その他の臨時薬使用時の対応について】⇒臨時薬を使用している場合、薬剤名・使用するﾀｲﾐﾝｸﾞについてご記入ください(内服・軟膏・点眼等、該当するもの全てです)。 | 〈SPO²緊急時対応についてのメモ〉①体位：②SPO²　：　　　　　％以下でO²：　　　　　　L開始or増量〈発熱時緊急時対応についてメモ〉①　　　　℃以上で解熱剤:　　　　　　　　　㎎（　　　　T）使用。②　　　　　時間空けて　　　　　　回/日まで |

2

**日常のご様子についての問診票**

※該当する項目にチェックを入れてご記入ください。

※特記事項がある場合は、空白欄にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 看護師記載欄 |
| 【内服について】**・現在使用中の内服薬・注射薬・点滴・注入物・臨時薬については薬剤情報提供書またはお薬手帳を必ず持参ください。入所時に、看護師が内服・投与方法についてお伺いします。****・外用薬、座薬等については後半の項目に詳しくご記入ください。**□人工呼吸器の使用(人工呼吸器指示書コピーを必ず持参ください)　機械の種類：設定：　装着時間：　24時間　・　（　　　　時～　　　　時）　外すことが可能な時間：　（　　　　　　　　　　）時間　どんな時に外しますか？：　加湿器の温度：　人工呼吸器装着中の吸引頻度：（　　　　時間/回）　・　その他(　　　　　　　　　)□酸素の使用　流量：（　　　Ⅼ/分）　　方法：経鼻・マスク・気管孔・呼吸器・吹き流し・その他（　　　　　　　　　　　　　　）　　使用時：　常時　・　夜間　・　症状に応じて（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　場合に使用）□気管切開　喉頭気管分離：（　無　・　有　）　カニューレの種類・サイズ：（　　　　　　　　　　　　　　　　　/　　　　　　　　　　 　）　カニューレ交換の頻度：（　　　　　　　/週・月）　Yガーゼ：（　　 無　　・　 　有　 〈　　 　枚　　上から　・　下から〉　）　Yガーゼ交換頻度：（　　　回/日　・　汚染毎　）　カニューレ交換時の注意点： | **1.黒ペン記載2.赤ペン記載3.青ペン記載** |

3

※該当する項目にチェックを入れて、ご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □気切孔ケアについて（ｶﾆｭｰﾚ固定・ｶﾞｰｾﾞ挿入方法について図にご記入ください）　発赤（　無　・　有　）　　　　※ありの場合は下の図に赤ペンでチェックを入れてください。使用している軟膏や処置があれば一緒　肉芽（　無　・　有　）　　　　　にご記入ください。□経鼻咽頭エアウェイの使用　挿入方法：（　右鼻　　・　　左鼻　）　昼のみ外す：（　　無　　・　有〈　　　　　　時～　　　　　　時〉）　種類・サイズ：（　　　　　　　　　　　／　　　　　　　　　　　　）　固定方法：　洗浄頻度：　挿入時の注意点⇒例）どちらかの鼻が入り難い、左右でサイズが違う等あればご記入ください　□吸入

|  |  |
| --- | --- |
| 吸入薬の種類 | 実施時間 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 |  |

4

※該当する□にチェックを入れてご記入ください。

※特記事項がある場合は空白欄にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 看護師記載欄 |
| □吸引吸引個所:（　　　口　　　　　　　　　　鼻腔（右　・　左）　　　　　　両方から吸引　）　自力で痰が出せるか:（　　いいえ　　・　　はい　　）　吸引チューブのサイズ：（　　　　　　Fr）　挿入の長さ：（　　　　　　　　㎝）吸引圧：（　　　　　　　　　　　mmHg）　吸引の頻度：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　チューブ交換の頻度：（　　　　　　/日・　　汚染毎　　）□低圧持続吸引　吸引チューブのサイズ：（　　　　　　　Fr）　固定の長さ：（　　　　　　　　　㎝）　吸引の場所：（　　口　・　鼻　　）　持続時間：　24時間　　・　（　　　　時～　　　　時）　・　必要時（　　　　　　　　　）　チューブ交換の頻度：（　　　　　　/日・　　汚染毎　　）□気管内吸引吸引チューブのサイズ：（　　　　　　Fr）　挿入の長さ：（　　　　　　　　㎝）吸引圧：（　　　　　　　　　　　mmHg）　吸引の頻度：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　チューブ交換の頻度：（　　　　　　/日・　　汚染毎　　）□排痰ケア（カフアシスト）　実施時間：　回数設定：（　　　　　　呼吸　　　　　　セット）　※プリセット　　１　・　　２　体位：　□腹臥位腹臥位はとれるか　：（いいえ　　・　　はい　　）　　方法： | ※日帰り入所の際に、カフアシストチェック表を、持っていく。 |

5

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 看護師記載欄 |
| 【アレルギー】薬物アレルギー　　無・　有（薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）食物アレルギー　　無・　有（食物名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）他　アレルギー　　　無・　有（詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【経口摂取】　普段の食事摂取量　例）お茶碗1杯　　主食：　　副食：　食事動作：　自立　　・　　　一部介助　　　・　　　全介助　食事形態：　食べるときの姿勢：　座位保持いす　・　テーブル付車いす　　・　ベッド上水分の取り方：　　コップ　　・　　ストロー　　・　　スプーン　　・　　その他トロミ：（　　　　無　　　・　　　有　　　）トロミの硬さの目安：（　ポタージュ状など　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※食事介助するときの工夫や注意点　食事の好き嫌い例）角度、枕の挿入のしかた、スプーンの種類、食べ方のコツ　等　飲水チェック：（　必要　・　不要　）　1日水分量の目安：（　　　　　　　　　　　㎖/日） |  |

6

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 看護師記載欄 |
| 【経管栄養】　該当する個所にご記入ください。　《　　経鼻胃管　・　十二指腸チューブについて　　》　チューブの種類・サイズ：（　　　　．　　Fr）　　最終交換日：（　　　 　/　　　 　）　挿入の長さ：（　　　　　　　　㎝）　固定テープの交換頻度：（　　毎日　　　・　　　剥がれたとき　　）　事故抜去したことはありますか？：　　無　　・　　有　抜去予防のために工夫していることはありますか？　⇒《　胃瘻（　胃瘻からの十二指腸チューブ含む　）　　 ・ 　腸瘻について　　》　チューブの種類・サイズ（　　　　・　　　　Fr）　 最終交換日（　　　 / ） 固定水（　　　　　　　ｍｌ）　 固定水確認頻度　（　　　　/ w ） 固定水最終確認日　（　　　　/ ） 漏れについて（　有　・　　ときどきあり　・　　無　　）　漏れ予防に工夫していることはありますか？⇒　瘻孔周囲の皮膚状態について　発赤　（　　有　・　無　　）　対応：　肉芽　（　　有　・　無　　）　対応：　注入用ポンプの使用の場合　〈　機械名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〉

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 時間 | 注入時間・速度 | 注入内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**※手押し注入の方は、注入間隔や量を具体的にご記入ください。** |  |

7

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 看護師記載欄 |
| 【注入時について】注入時の体位：（　　　ベッド　　　・　車いす　　　　・　右向き　　　　・　左向き　）　ベッドアップの有無：（　無　　　　・有　＜角度　　　　　　　　　　　　　度程度＞　）⇒その他あればご記入ください　注入時の嘔吐：（　　無　　・　　有　　）　⇒どのような時に嘔吐しやすいですか　⇒嘔吐の対処法 |  |

8

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 看護師記載欄 |
| 【中心静脈栄養】　ＩVＨの挿入部位：（　右鎖骨下　・　左鎖骨下　・　その他　　　　　　　　　　　　　）　ルートの交換頻度：（　月　・　火　・　水　・　木　・　金　・　土　・　日　）　/　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　日毎）　刺入部位について：発赤（　　　無　　・　　　　有　）　　刺入部を触らない工夫があればご記入ください　⇒　刺入部のケア：必要物品　固定方法：日常生活と入浴時についてご記入ください　輸液内容：※薬剤情報提供書を持参ください。　輸液剤：（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　・　投与量：　　　　　　　　　　　ml/日）　輸液ポンプの種類：（機械名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　輸液速度：時間による速度変更（　無　・　有　）　速度：　　　　　　　/ｈｒ⇒投与時間をご記入ください　事故抜去したことはありますか？：（　無　・　有　）　事故抜去予防の工夫があればご記入ください　⇒ |  |

9

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 看護師記載欄 |
| 【排尿】下着：（パンツ・紙おむつ　・尿取りパット）　尿意：（わかる・わからない）尿回数：1日　　　回　　または尿量1日　　　　　　ｍｌ　尿量チェック（　有・　無　）　⇒例）オムツの枚数・当て方や昼・夜の排尿方法の違い等をご記入ください※女性の方：生理　　あり　　なし　　・間隔：　　　　　　　　　　　・最終月経　　/【排便】便意：（　　　わかる　　・　　わからない　　　）排便回数：（　　　　　/回　　　　　　　日）便性状：（　　普通　　・　　硬い　　・　　やわらかい　　・　　水っぽい　　）便量：通常時の便量をご記入ください。（鶏卵大など　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【導尿】　カテーテルの種類・サイズ：（　　　　　　　　　　　　　/　　　　　　　　　Fr）　導尿回数：（　　　　　　/　日）　　　　導尿時間：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　膀胱留置カテーテル：（　無　　・　有＜固定水：　　　ｍｌ　サイズ：　　　Ｆｒ　＞　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　24時間　　・　　夜間のみ＜　　　時～　　　　時＞）　　　　　　　　　　　　　　　最終交換日：（　　　　/　　　　）　　尿量測定は必要ですか？：（　いいえ　・　はい〈※当施設はｇ表記になります〉）　⇒導尿手順の注意点があればご記入ください【ストーマ】　種類：（　空腸　　・　回腸　　・　上行結腸　　・　横行結腸　　・　Ｓ状結腸　）　装具：（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　会社名：　　　　　　　　　　　　　　　）　装具交換頻度：（　　　　　/回　日）　　　ｽﾄｰﾏ周囲の皮膚ﾄﾗﾌﾞﾙ：（　無　・　有　）　管理・固定方法：　　 |  |

10

|  |
| --- |
| 項目 |
| 【皮膚状態確認表】※使用している軟膏（薬剤名と塗布頻度）があれば図に塗布部位を赤ペンで印をつけて詳細をご記入ください。　※傷や損傷・手術痕がある場合は、図に赤ペンで印をつけて詳細をご記入ください。※これまで褥創ができた事がありましたら、発生箇所をご記入ください。 |

11

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 看護師記載欄 |
| 【移動】　移動動作（１）：つかまり立ち・　伝い歩き・　手つなぎ歩行・　車椅子（全介助）　　　　　　　　　　　　　　車椅子（自走）・　独歩　　移動動作（２）：転がる・　　這う・　　いざる・　　膝で移動・　　お尻で移動　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　自力で移動できる範囲の目安　（例）6畳程度など　⇒移動や車椅子で過ごす際の注意点があればご記入ください　（例）車椅子乗車時間制限など【装具の使用】　装具：（　　無　　・　　有　　）　使用箇所：　骨折歴：（　無　・　有　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　部位（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　脱臼　　：（　無　・　有　）部位（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　変形・拘縮部位：（　無　・　有　）部位：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）体位変換：（　自立・　一部介助・　全介助）　体位変換間隔（　　　　　　　時間毎）　好きな体位：（　右向き　・　左向き　・　腹臥位　・　仰臥位　・　ベッドアップ　）　体位変換についての注意点をご記入ください。　⇒例）ベッドの角度について・クッションの当て方等ご記入ください　座位保持：（　一人で座れる　・　　支えがあると座れる　　・　　できない　　）　使用している物品：　座位保持について注意点があればご記入ください。　⇒例）ベッドの角度について・クッションの当て方等ご記入ください |  |

12

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 看護師記入欄 |
| 【睡眠】　夜間睡眠時間（　　　　時　　　～　　　時　）　夜間体位変換：（21時　22時　23時　0時　1時　2時　3時　4時　5時）夜間オムツ交換：（21時　22時　23時　0時　1時　2時　3時　4時　5時）　お昼寝：（　しない　・　する（時間や長さ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　寝るときの姿勢や工夫や注意点についてご記入ください⇒着替えの頻度：（　　　　　　　/回　日）　介助の注意点があればご記入ください　⇒【歯磨き】　回数：（　　朝　　・　　昼　　・　　夜　　）　使用物品：（歯ブラシ　・　スポンジブラシ　・　ガーゼ　・　歯磨き粉＜　無　・　有＞）　歯のぐらつき：（　無　・　有　）　　部位（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　噛み癖：（　　無　　・　有　　　）　マウスピース使用：（　　無　　・　　有　）　義歯・口腔内補助具：（　無　　・　有　）　種類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）【入浴】　入浴好き嫌い：（　　嫌い　　・　　好き　　）　入浴時の注意点があればご記入ください　⇒ |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　13

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 看護師記載欄 |
| 【コミュニケーション】　言語：（　話せる　・　少し話せる　・　話せない　）　視覚：（　見える　・　見えない　・　不明　）　聴覚：（　聞こえる　・　聞こえない　・　不明　）　補聴器・眼鏡：（　　　無　　・　　有　　　）【意思表示の方法】　うれしい時：　　不快な時：　好きなこと・得意なこと・興味があること：　嫌いなこと・苦手なこと：自傷行為：（　無　・　有＜内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＞）　異食の有無：（　　いいえ　・　はい＜内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＞）　⇒ご家庭での対応についてご記入ください　集団生活に対する注意点　⇒滞在中に気を付けてほしいこと　⇒ |  |

14