

胃ろう管理手帳

おなまえ

一般社団法人 日本医療安全調査機構

この手帳はホームページからダウンロードできます。

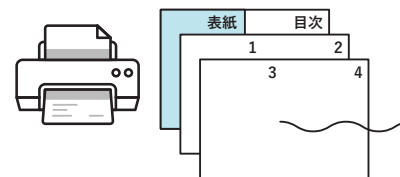


Contents

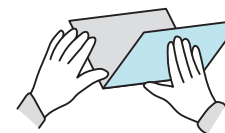
- 1 私について..... 1
- 2 関係機関と連絡先..... 2
- 3 胃ろう造設について..... 4
- 4 カテーテル交換について..... 6

胃ろう管理手帳の使い方

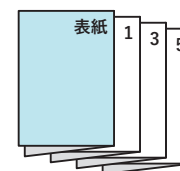
- 1 A4 用紙に印刷します。



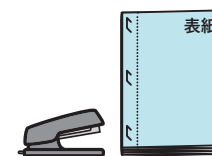
- 2 プリントアウトを二つ折りにします。



- 3 全てのプリントアウトを半分に折り、重ねます。



- 4 左側を3カ所程度留めます。



胃ろう管理手帳は、胃ろうの造設、定期的な交換、その後の管理における状況を記録し、関係する医療機関や施設と情報を共有するためのものです。胃ろう管理手帳は、受診の際にいつも持参してください。



1 私について

ふりがな			
氏名			
生年月日	年	月	日生まれ(胃ろう造設 歳)
住所			
電話番号			
ご家族の連絡先 (キーパーソン)	氏名		
	続柄		
	住所		
	電話番号		
病名			
既往歴	<p>.....</p> <p>.....</p>		
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無		
身長・体重 (胃ろう造設時)	■ 身長	cm	■ 体重 kg
血液型	<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> O型 <input type="checkbox"/> AB型 <input type="checkbox"/> 不明		
意思疎通の方法			
抗血栓薬内服の有無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無		

2 関係機関と連絡先

かかりつけ医 <small>日常胃ろうを管理する医師</small>	医療機関名	
	担当医師	
	住所	
	電話番号	
ケアマネージャー	担当者	
	所属	
	住所	
ショートステイ先	施設名	
	住所	
	電話番号	
訪問看護 ステーション	名称	
	住所	
	電話番号	
その他		

●受診するときは「お薬手帳」を持っていきましょう

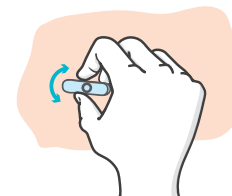
3 胃ろう造設について

胃ろう造設をした医療機関に記入してもらいましょう

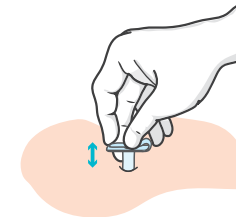
胃ろう造設の年月日	年	月	日
胃ろう造設を実施した医療機関	医療機関名		
	診療科		
	住所		
	電話番号		
使用したカテーテル (器材情報シールを貼付)	メーカー		
	製品名		
	サイズ：長さ	cm	径の太さ Fr
カテーテルの固定	<input type="checkbox"/> チューブ型	cm 固定	<input type="checkbox"/> バルーン型 mL 固定
胃ろう管理中に注意してほしいこと ●造設した位置 ●ろう孔の状態(痛み、 浸出液、皮膚の発赤など)			
次回交換予定	年	月	日の予定

カテーテルの動きやすさを確認する方法

カテーテルをやさしく「くるくる」と回す



カテーテルを上下に軽く「ピッピッ」と動かす



胃ろう管理の方法は、
医師や看護師に
相談しましょう



胃ろう造設後の初回注入について

「白湯」注入日時	年	月	日	時頃開始
白湯または水	量	mL (注入にかかった時間		分)
注入場所	<input type="checkbox"/> 胃ろう造設を実施した医療機関 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他：			
症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> いつもより体が熱い <input type="checkbox"/> いつもより脈が速い <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しそうである <input type="checkbox"/> お腹を痛がる、お腹を触ると抵抗する <input type="checkbox"/> 苦痛に顔をゆがめる <input type="checkbox"/> 冷や汗をかいている <input type="checkbox"/> いつもより顔色が悪い、青白い <input type="checkbox"/> 他の症状：			

初回「栄養剤」注入日時	年	月	日	時頃開始
栄養剤の内容	種類	量 mL (注入にかかった時間 分)		
注入場所	<input type="checkbox"/> 胃ろう造設を実施した医療機関 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他：			
症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> いつもより体が熱い <input type="checkbox"/> いつもより脈が速い <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しそうである <input type="checkbox"/> お腹を痛がる、お腹を触ると抵抗する <input type="checkbox"/> 苦痛に顔をゆがめる <input type="checkbox"/> 冷や汗をかいている <input type="checkbox"/> いつもより顔色が悪い、青白い <input type="checkbox"/> 他の症状：			

メモ

4 カテーテル交換について

カテーテル交換をした医療機関に記入してもらいましょう

初回のカテーテル交換について

日時	年	月	日	時
カテーテル交換を実施した医療機関	医療機関名 診療科 担当医師			
使用したカテーテル (器材情報シールを貼付)	メーカー 製品名 サイズ：長さ cm 径の太さ Fr			
カテーテル固定	<input type="checkbox"/> チューブ型 cm固定	<input type="checkbox"/> バルーン型 mL固定		
胃ろう管理中に注意してほしいこと ●ろう孔の状態(痛み、浸出液、皮膚の発赤など)				
次回交換予定	年	月	日の予定	

初回「栄養剤」注入日時	年	月	日	時頃開始
栄養剤の内容	種類	量 mL (注入にかかった時間 分)		
注入場所	<input type="checkbox"/> カテーテル交換を実施した医療機関 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他：			
症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> いつもより体が熱い <input type="checkbox"/> いつもより脈が速い <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しそうである <input type="checkbox"/> お腹を痛がる、お腹を触ると抵抗する <input type="checkbox"/> 苦痛に顔をゆがめる <input type="checkbox"/> 冷や汗をかいている <input type="checkbox"/> いつもより顔色が悪い、青白い <input type="checkbox"/> 他の症状：			

メモ

日時	年	月	日	時
カテーテル交換を実施した医療機関	医療機関名 診療科 担当医師			
使用したカテーテル (器材情報シールを貼付)	メーカー 製品名 サイズ：長さ cm 径の太さ Fr			
カテーテル固定	<input type="checkbox"/> チューブ型 cm固定	<input type="checkbox"/> バルーン型 mL固定		
胃ろう管理中に注意してほしいこと ●ろう孔の状態(痛み、浸出液、皮膚の発赤など)				
次回交換予定	年	月	日の予定	

初回「栄養剤」注入日時	年	月	日	時頃開始
栄養剤の内容	種類 量	mL(注入にかかった時間 分)		
注入場所	<input type="checkbox"/> カテーテル交換を実施した医療機関 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他：			
症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> いつもより体が熱い <input type="checkbox"/> いつもより脈が速い <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しそうである <input type="checkbox"/> お腹を痛がる、お腹を触ると抵抗する <input type="checkbox"/> 苦痛に顔をゆがめる <input type="checkbox"/> 冷や汗をかいている <input type="checkbox"/> いつもより顔色が悪い、青白い <input type="checkbox"/> 他の症状：			

メモ

日時	年	月	日	時
カテーテル交換を実施した医療機関	医療機関名 診療科 担当医師			
使用したカテーテル (器材情報シールを貼付)	メーカー 製品名 サイズ：長さ cm 径の太さ Fr			
カテーテル固定	<input type="checkbox"/> チューブ型 cm固定	<input type="checkbox"/> バルーン型 mL固定		
胃ろう管理中に注意してほしいこと ●ろう孔の状態(痛み、浸出液、皮膚の発赤など)				
次回交換予定	年	月	日の予定	

初回「栄養剤」注入日時	年	月	日	時頃開始
栄養剤の内容	種類 量	mL(注入にかかった時間 分)		
注入場所	<input type="checkbox"/> カテーテル交換を実施した医療機関 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他：			
症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> いつもより体が熱い <input type="checkbox"/> いつもより脈が速い <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しそうである <input type="checkbox"/> お腹を痛がる、お腹を触ると抵抗する <input type="checkbox"/> 苦痛に顔をゆがめる <input type="checkbox"/> 冷や汗をかいている <input type="checkbox"/> いつもより顔色が悪い、青白い <input type="checkbox"/> 他の症状：			

メモ

日時	年	月	日	時
カテーテル交換を実施した医療機関	医療機関名 診療科 担当医師			
使用したカテーテル (器材情報シールを貼付)	メーカー 製品名 サイズ：長さ cm 径の太さ Fr			
カテーテル固定	<input type="checkbox"/> チューブ型 cm固定	<input type="checkbox"/> バルーン型 mL固定		
胃ろう管理中に注意してほしいこと ●ろう孔の状態(痛み、浸出液、皮膚の発赤など)				
次回交換予定	年	月	日の予定	

初回「栄養剤」注入日時	年	月	日	時頃開始
栄養剤の内容	種類 量	mL(注入にかかった時間 分)		
注入場所	<input type="checkbox"/> カテーテル交換を実施した医療機関 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他：			
症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> いつもより体が熱い <input type="checkbox"/> いつもより脈が速い <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しそうである <input type="checkbox"/> お腹を痛がる、お腹を触ると抵抗する <input type="checkbox"/> 苦痛に顔をゆがめる <input type="checkbox"/> 冷や汗をかいている <input type="checkbox"/> いつもより顔色が悪い、青白い <input type="checkbox"/> 他の症状：			

メモ

日時	年	月	日	時
カテーテル交換を実施した医療機関	医療機関名 診療科 担当医師			
使用したカテーテル (器材情報シールを貼付)	メーカー 製品名 サイズ：長さ cm 径の太さ Fr			
カテーテル固定	<input type="checkbox"/> チューブ型 cm固定	<input type="checkbox"/> バルーン型 mL固定		
胃ろう管理中に注意してほしいこと ●ろう孔の状態(痛み、浸出液、皮膚の発赤など)				
次回交換予定	年	月	日の予定	

初回「栄養剤」注入日時	年	月	日	時頃開始
栄養剤の内容	種類 量	mL(注入にかかった時間 分)		
注入場所	<input type="checkbox"/> カテーテル交換を実施した医療機関 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他：			
症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> いつもより体が熱い <input type="checkbox"/> いつもより脈が速い <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しそうである <input type="checkbox"/> お腹を痛がる、お腹を触ると抵抗する <input type="checkbox"/> 苦痛に顔をゆがめる <input type="checkbox"/> 冷や汗をかいている <input type="checkbox"/> いつもより顔色が悪い、青白い <input type="checkbox"/> 他の症状：			

メモ

日時	年	月	日	時
カテーテル交換を実施した医療機関	医療機関名 診療科 担当医師			
使用したカテーテル (器材情報シールを貼付)	メーカー 製品名 サイズ：長さ cm 径の太さ Fr			
カテーテル固定	<input type="checkbox"/> チューブ型 cm固定	<input type="checkbox"/> バルーン型 mL固定		
胃ろう管理中に注意してほしいこと ●ろう孔の状態(痛み、浸出液、皮膚の発赤など)				
次回交換予定	年	月	日の予定	

初回「栄養剤」注入日時	年	月	日	時頃開始
栄養剤の内容	種類 量	mL(注入にかかった時間 分)		
注入場所	<input type="checkbox"/> カテーテル交換を実施した医療機関 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他：			
症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> いつもより体が熱い <input type="checkbox"/> いつもより脈が速い <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しそうである <input type="checkbox"/> お腹を痛がる、お腹を触ると抵抗する <input type="checkbox"/> 苦痛に顔をゆがめる <input type="checkbox"/> 冷や汗をかいている <input type="checkbox"/> いつもより顔色が悪い、青白い <input type="checkbox"/> 他の症状：			

メモ

日時	年	月	日	時
カテーテル交換を実施した医療機関	医療機関名 診療科 担当医師			
使用したカテーテル (器材情報シールを貼付)	メーカー 製品名 サイズ：長さ cm 径の太さ Fr			
カテーテル固定	<input type="checkbox"/> チューブ型 cm固定	<input type="checkbox"/> バルーン型 mL固定		
胃ろう管理中に注意してほしいこと ●ろう孔の状態(痛み、浸出液、皮膚の発赤など)				
次回交換予定	年	月	日の予定	

初回「栄養剤」注入日時	年	月	日	時頃開始
栄養剤の内容	種類 量	mL(注入にかかった時間 分)		
注入場所	<input type="checkbox"/> カテーテル交換を実施した医療機関 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他：			
症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> いつもより体が熱い <input type="checkbox"/> いつもより脈が速い <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しそうである <input type="checkbox"/> お腹を痛がる、お腹を触ると抵抗する <input type="checkbox"/> 苦痛に顔をゆがめる <input type="checkbox"/> 冷や汗をかいている <input type="checkbox"/> いつもより顔色が悪い、青白い <input type="checkbox"/> 他の症状：			

メモ

日時	年	月	日	時
カテーテル交換を実施した医療機関	医療機関名 診療科 担当医師			
使用したカテーテル (器材情報シールを貼付)	メーカー 製品名 サイズ：長さ cm 径の太さ Fr			
カテーテル固定	<input type="checkbox"/> チューブ型 cm固定	<input type="checkbox"/> バルーン型 mL固定		
胃ろう管理中に 注意してほしいこと ●ろう孔の状態(痛み、 浸出液、皮膚の発赤など)				
次回交換予定	年	月	日の予定	

初回「栄養剤」注入日時	年	月	日	時頃開始
栄養剤の内容	種類 量	mL (注入にかかった時間		分)
注入場所	<input type="checkbox"/> カテーテル交換を実施した医療機関 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他：			
症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> いつもより体が熱い <input type="checkbox"/> いつもより脈が速い <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しそうである <input type="checkbox"/> お腹を痛がる、お腹を触ると抵抗する <input type="checkbox"/> 苦痛に顔をゆがめる <input type="checkbox"/> 冷や汗をかいている <input type="checkbox"/> いつもより顔色が悪い、青白い <input type="checkbox"/> 他の症状：			

メモ

