

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

---



---