

激甚災害用医療用品等の確認

令和 年 月現在

(小 ・ 中 ・ 高) 部 _____ 年 _____ 組 氏名 _____

経管栄養

①食事の種類の 栄養剤：商品名 _____

レトルト食品

②注入箇所 [胃ろう・経鼻胃管 (_____ cm固定)・腸ろう・その他 _____]

| 1日の実施時間 (AM/PM) | AM/PM 時ごろ | AM/PM 時ごろ | AM/PM 時ごろ | AM/PM 時ごろ | AM/PM 時ごろ |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 注入量 (栄養剤・レトルト食品) | m l | m l | m l | m l | m l |
| 注入量 (水 分) | m l | m l | m l | m l | m l |
| 注入に要する時間 | 分 | 分 | 分 | 分 | 分 |

| 1日の実施時間 (AM/PM) | AM/PM 時ごろ | AM/PM 時ごろ | AM/PM 時ごろ | AM/PM 時ごろ | AM/PM 時ごろ |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 注入量 (栄養剤・レトルト食品) | m l | m l | m l | m l | m l |
| 注入量 (水 分) | m l | m l | m l | m l | m l |
| 注入に要する時間 | 分 | 分 | 分 | 分 | 分 |

吸引

① カテーテルの挿入長さ・留意点

気管 サイズ _____ F r _____ cm ・ 留意点 _____

鼻腔 サイズ _____ F r _____ cm ・ 留意点 _____

口腔 サイズ _____ F r _____ cm ・ 留意点 _____

導尿

① 時間

1日 _____ 回 定時 _____ に実施

② 使用カテーテルのサイズ

サイズ _____ F r _____

③ 潤滑剤使用の有無 _____ なし ・ カテーテルに付属 ・ あり (種類 _____)

④ 消毒薬品名 _____

その他・具体的にお知らせください

(裏面もあります)

