

胃瘻交換パス 入院日

患者氏名 様 歳 主治医 () 指示受け看護師 ()

月日	/	/	/																																											
経過	病棟にて	内視鏡室にて	交換後病棟にて																																											
達成目標	<input type="checkbox"/> PEG に対して十分な説明と理解がなされている <input type="checkbox"/> 患者及び家族が必要性を理解し検査が受けられる <input type="checkbox"/> バイタルサインが安定している	<input type="checkbox"/> 無事 PEG 交換が出来る <input type="checkbox"/> バイタルサインが安定している	<input type="checkbox"/> 著明な出血がない <input type="checkbox"/> バイタルサインが安定している																																											
治療処置	ネームバンド装着 <input type="checkbox"/>																																													
薬剤		ガストログラフィン () cc	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 内服注入指示 <input type="checkbox"/> []																																											
検査		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> レントゲン撮影 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/>																																												
活動安静度	制限無し	ベッド上安静	ベッド上安静																																											
栄養摂取量	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 注入中止 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 水 ml + () ml 帰宅後 <input type="checkbox"/> 17時 <input type="checkbox"/>																																											
排泄	最終排便 (月 日)		排尿 () 回・排便 () 回																																											
保清	清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/>		口腔ケア <input type="checkbox"/>																																											
教育説明	同意書 (有・無) 検査前オリエンテーション <input type="checkbox"/>		検査後説明 <input type="checkbox"/>																																											
観察記録	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 腹部手術歴確認 <input type="checkbox"/> (有・無) () 感染症 <input type="checkbox"/> (有: . 無) 意思疎通 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 拘束必要性 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 麻痺 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 拘縮 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 義歯 <input type="checkbox"/> 有 (上下・一部・全部) <input type="checkbox"/> 無 開口障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 必要物品の確認 (病衣・必要時腹帯) 《検査前チェックリスト》 時計・ヘアピン・眼鏡・義歯 (有・無) 《持参品》 カルテ (入院・外来)・ ID カード・X-P フィルム <記録> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th></th><th>日勤</th></tr> <tr><td>BT</td><td></td></tr> <tr><td>P</td><td></td></tr> <tr><td>BP</td><td></td></tr> <tr><td>SpO₂</td><td></td></tr> </table>		日勤	BT		P		BP		SpO ₂		《PEG の種類・サイズ》 蒸留水 () cc 注入 <記録> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th></th><th>開始時</th><th>終了時</th></tr> <tr><td>時刻</td><td>: :</td><td>: :</td></tr> <tr><td>BT</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BP</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SpO₂</td><td></td><td></td></tr> </table>		開始時	終了時	時刻	: :	: :	BT			P			BP			SpO ₂			<記録> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th></th><th>日勤</th><th>準夜</th></tr> <tr><td>BT</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BP</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SpO₂</td><td></td><td></td></tr> </table>		日勤	準夜	BT			P			BP			SpO ₂		
	日勤																																													
BT																																														
P																																														
BP																																														
SpO ₂																																														
	開始時	終了時																																												
時刻	: :	: :																																												
BT																																														
P																																														
BP																																														
SpO ₂																																														
	日勤	準夜																																												
BT																																														
P																																														
BP																																														
SpO ₂																																														
バリエーション		(無・有)	(無・有)																																											
サイン	日勤 ()	内視鏡施行 Dr. () 内視鏡Ns. ()	日勤 () 準夜 ()																																											

指示 指示受け 実施

胃瘻交換パス 退院日

患者氏名 様 歳 主治医 () 指示受け看護師 ()

月日	/	/																									
経過	病棟にて	紹介元病院にて																									
達成目標	<input type="checkbox"/> 感染症状が見られない <input type="checkbox"/> 出血がない <input type="checkbox"/> バイタルサインが安定している	<input type="checkbox"/> 感染症状が見られない <input type="checkbox"/> 出血がない <input type="checkbox"/> バイタルサインが安定している																									
治療処置	PEG 保清 <input type="checkbox"/>	PEG 保清 <input type="checkbox"/>																									
薬剤																											
検査																											
活動安静度	制限無し	制限無し																									
栄養摂取量	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 水 ml+ () ml 朝 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 水 ml+ () ml 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/>																									
排泄	排尿 () 回・排便 () 回	排尿 () 回・排便 () 回																									
保清	清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/>	口腔ケア <input type="checkbox"/>																									
教育説明	『胃ろうケアガイド』 必要事項記載 <input type="checkbox"/> 次回交換説明																										
観察記録	<記録> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 40%;">深夜</td> <td style="width: 50%;">日勤</td> </tr> <tr> <td>BT</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BP</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SpO₂</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		深夜	日勤	BT			P			BP			SpO ₂			<記録> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 90%;">日勤</td> </tr> <tr> <td>BT</td> <td></td> </tr> <tr> <td>P</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BP</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SpO₂</td> <td></td> </tr> </table>		日勤	BT		P		BP		SpO ₂	
	深夜	日勤																									
BT																											
P																											
BP																											
SpO ₂																											
	日勤																										
BT																											
P																											
BP																											
SpO ₂																											
バリエーション	(無・有)	(無・有)																									
サイン	深夜 () 日勤 ()	担当者 ()																									

指示 指示受け 実施

胃瘻交換パス 外 来

患者氏名 様 歳 実施日：平成 年 月 日 ()

経過	紹介元病院	浜松南病院：内視鏡室	紹介元病院																																											
達成目標	<input type="checkbox"/> 胃瘻交換に対して十分な説明と理解がなされている <input type="checkbox"/> バイタルサインが安定している	<input type="checkbox"/> 無事胃瘻交換が出来る <input type="checkbox"/> バイタルサインが安定している	<input type="checkbox"/> 著明な出血がない <input type="checkbox"/> 感染症状が見られない <input type="checkbox"/> バイタルサインが安定している																																											
治療処置																																														
薬剤		ガストログラフィン()cc	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 内服注入指示 <input type="checkbox"/> []																																											
検査		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> レントゲン撮影 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/>																																												
活動安静度	制限無し	ベッド上安静	ベッド上安静																																											
栄養摂取量	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 注入中止 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 水 ml + () ml 帰院後 <input type="checkbox"/> 18時 <input type="checkbox"/>																																											
排泄 保清	最終排便 (月 日) 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/>		排尿 () 回・排便 () 回 口腔ケア <input type="checkbox"/>																																											
教育説明	検査前オリエンテーション <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 検査後説明 <input type="checkbox"/> 『胃瘻ケアガイド』 必要事項掲載 <input type="checkbox"/>																																												
観察記録	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 腹部手術歴確認 <input type="checkbox"/> (有・無) () 感染症 <input type="checkbox"/> (有：) 意思疎通 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 拘束必要性 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 麻痺 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 拘縮 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 義歯 <input type="checkbox"/> 有 (上下・一部・全部) <input type="checkbox"/> 無 開口障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	《PEG の種類・サイズ》 蒸留水 () cc 注入																																												
	<記録> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th></th><th>日勤</th></tr> <tr><td>BT</td><td></td></tr> <tr><td>P</td><td></td></tr> <tr><td>BP</td><td></td></tr> <tr><td>SpO₂</td><td></td></tr> </table>		日勤	BT		P		BP		SpO ₂		<記録> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th></th><th>開始時</th><th>終了時</th></tr> <tr><td>時刻</td><td>：</td><td>：</td></tr> <tr><td>BT</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BP</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SpO₂</td><td></td><td></td></tr> </table>		開始時	終了時	時刻	：	：	BT			P			BP			SpO ₂			<記録> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th></th><th>日勤</th><th>準夜</th></tr> <tr><td>BT</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BP</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SpO₂</td><td></td><td></td></tr> </table>		日勤	準夜	BT			P			BP			SpO ₂		
	日勤																																													
BT																																														
P																																														
BP																																														
SpO ₂																																														
	開始時	終了時																																												
時刻	：	：																																												
BT																																														
P																																														
BP																																														
SpO ₂																																														
	日勤	準夜																																												
BT																																														
P																																														
BP																																														
SpO ₂																																														
バリエーション		(無・有)	(無・有)																																											
サイン	日勤 ()	内視鏡施行 Dr. () 内視鏡 Ns. ()	日勤 () 準夜 ()																																											

指示 指示受け 実施