

PEG造設病院名:	造設医: 科 Dr	連絡先:
PEG交換病院名:	交換医: 科 Dr	連絡先:

患者情報	月/日						
	造設・交換後	約1ヶ月	約2ヶ月	約3ヶ月	約4ヶ月	約5ヶ月	約6ヶ月 (PEG交換)
PEG造設日: 年 月 日 PEG交換日: 年 月 日 (回目の交換)	目標 良好なPEGの管理と事故防止と良好な栄養状態の維持						
PEGの種類: キット名: バンパー / バルーン 形態1: ボタン / チューブ 形態2: サイズ: シャフト長(ボタンの場合): バルーン容量:	全身状態の診療	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 浮腫の有無 <input type="checkbox"/> 口腔ケアの有無 <input type="checkbox"/> 嚥下状態 <input type="checkbox"/> じょくそう	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 浮腫の有無 <input type="checkbox"/> 口腔状態 <input type="checkbox"/> 嚥下状態 <input type="checkbox"/> じょくそう	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 浮腫の有無 <input type="checkbox"/> 口腔状態 <input type="checkbox"/> 嚥下状態 <input type="checkbox"/> じょくそう	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 浮腫の有無 <input type="checkbox"/> 口腔状態 <input type="checkbox"/> 嚥下状態 <input type="checkbox"/> じょくそう	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 浮腫の有無 <input type="checkbox"/> 口腔状態 <input type="checkbox"/> 嚥下状態 <input type="checkbox"/> じょくそう	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 浮腫の有無 <input type="checkbox"/> 口腔状態 <input type="checkbox"/> 嚥下状態 <input type="checkbox"/> じょくそう
測定	<input type="checkbox"/> 血圧脈拍	<input type="checkbox"/> 血圧脈拍	<input type="checkbox"/> 血圧脈拍 <input type="checkbox"/> 身長・体重 <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血圧脈拍	<input type="checkbox"/> 血圧脈拍	<input type="checkbox"/> 血圧脈拍	<input type="checkbox"/> 血圧脈拍 <input type="checkbox"/> 身長・体重 <input type="checkbox"/> 血液検査
特記事項:	栄養	<input type="checkbox"/> 経口摂取 (有・無) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (良好・普通・問題あり) <input type="checkbox"/> 栄養剤 種類: カロリー: 水分:	<input type="checkbox"/> 経口摂取 (有・無) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (良好・普通・問題あり) <input type="checkbox"/> 栄養剤 種類: カロリー: 水分:	<input type="checkbox"/> 経口摂取 (有・無) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (良好・普通・問題あり) <input type="checkbox"/> 栄養剤 種類: カロリー: 水分:	<input type="checkbox"/> 経口摂取 (有・無) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (良好・普通・問題あり) <input type="checkbox"/> 栄養剤 種類: カロリー: 水分:	<input type="checkbox"/> 経口摂取 (有・無) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (良好・普通・問題あり) <input type="checkbox"/> 栄養剤 種類: カロリー: 水分:	<input type="checkbox"/> 経口摂取 (有・無) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (良好・普通・問題あり) <input type="checkbox"/> 栄養剤 種類: カロリー: 水分:
病名: <input type="checkbox"/> 脳梗塞、脳出血 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> ()	PEGトラブルの有無 (有った場合にチェックする)	<input type="checkbox"/> PEGが回転しない <input type="checkbox"/> 皮膚障害 <input type="checkbox"/> 注入障害(閉塞) <input type="checkbox"/> 漏れ <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> PEGが抜けた <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 発熱 対応:	<input type="checkbox"/> PEGが回転しない <input type="checkbox"/> 皮膚障害 <input type="checkbox"/> 注入障害(閉塞) <input type="checkbox"/> 漏れ <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> PEGが抜けた <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 発熱 対応:	<input type="checkbox"/> PEGが回転しない <input type="checkbox"/> 皮膚障害 <input type="checkbox"/> 注入障害(閉塞) <input type="checkbox"/> 漏れ <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> PEGが抜けた <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 発熱 対応:	<input type="checkbox"/> PEGが回転しない <input type="checkbox"/> 皮膚障害 <input type="checkbox"/> 注入障害(閉塞) <input type="checkbox"/> 漏れ <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> PEGが抜けた <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 発熱 対応:	<input type="checkbox"/> PEGが回転しない <input type="checkbox"/> 皮膚障害 <input type="checkbox"/> 注入障害(閉塞) <input type="checkbox"/> 漏れ <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> PEGが抜けた <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 発熱 対応:	<input type="checkbox"/> PEGが回転しない <input type="checkbox"/> 皮膚障害 <input type="checkbox"/> 注入障害(閉塞) <input type="checkbox"/> 漏れ <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> PEGが抜けた <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 発熱 対応:
合併症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器障害 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> ()	バリエーション	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有
	記入者						

を記入してください

