

5日間体調チェック表

短期入所 利用者様用

※感染症対策のため、以下の質問にご記入頂き、ショートステイ当日持参してください。

利用者様名 ()

1. ショートステイ利用前5日間のご本人・ご家族の体調、他施設利用についてご記入ください。

入所日 年 月 日

月日	□/△	/	/	/	/	/	入所当日
体温	【記入例】 37.0℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
咳・鼻水 下痢・おう吐 <small>〔症状がある場合のみ記入〕</small>	咳・鼻水 下痢・おう吐 その他 〔 〕	咳・鼻水 下痢・おう吐 その他 〔 〕	咳・鼻水 下痢・おう吐 その他 〔 〕	咳・鼻水 下痢・おう吐 その他 〔 〕	咳・鼻水 下痢・おう吐 その他 〔 〕	咳・鼻水 下痢・おう吐 その他 〔 〕	咳・鼻水 下痢・おう吐 その他 〔 〕
他施設の利用 (施設・事業所名) ※なければ記入不要	生活介護○○ 訪問看護○○						
同居家族の 風邪症状	あり・なし 症状 〔 熱37.0 〕	あり・なし 症状 〔 〕	あり・なし 症状 〔 〕	あり・なし 症状 〔 〕	あり・なし 症状 〔 〕	あり・なし 症状 〔 〕	あり・なし 症状 〔 〕

	サイズ	最終交換日
カニューレ		
胃瘻		

最終発作 (月 日 時頃)

最終排尿 (時頃)

最終排便日 (月 日 時頃) 自然排便 ・ 浣腸 での排便

平熱 (℃) こもり熱 ある・ない こもり熱の場合 (℃) まで上がる

特記事項欄・・・※体調変化やケア内容の変更等があればご記入下さい

*** 入所前の状況に合わせて、個室での対応など検討させていただきます。ご協力ありがとうございました。***

連絡先:医療福祉センターきずな (電話:0790-44-2881)

第1病棟用

様 R 年 月 日～
R 年 月 日

※衣類・医療物品には必ず名前の記入をお願いします。

※総数には使用中のものも含む

()内は予備数

品名		総数	
		入所時	退所時
注入する物品	ラコール・エンシュア ml		
	ソリタ T2 / T3		
栄養チューブ	NG Fr cm		
	ED Fr cm		
PEG	Fr cm		
PEG接続チューブ			
栄養ボトル			
注入ルート			
吸引チューブ (カテーテル)	Fr(気管用・口鼻用)	()	
	Fr(気管用・口鼻用)	()	
	Fr(唾液 持続吸引用)	()	
注射器(吸入用)			
吸入する物品	生理食塩水 ml		
胃瘻用 Yカットガーゼ			
気切用 Yカットガーゼ (滅菌済み・未)			
ガーゼ (滅菌済み・未)			
気切カニューレ			
気切ひも・首ひも(カニューレホルダー)			
人工鼻			

品名	総数	
	入所時	退所時
人工呼吸器 加湿器等 一式		
呼吸器回路 予備		
呼吸器用の水(蒸留水・注射用水)		
テストバック		
アンビューバック		
酸素飽和度(SpO2)測定器(パルスオキシメーター)		
SpO2センサー		
カフアシスト		
カフアシスト回路		
酸素マスク・鼻腔カニューレ・サーモベントO2		
酸素接続チューブ		
酸素ポンペ		
血糖測定器 一式 (センサーや針)		
輸液ポンプ		
輸液類		
輸液物品		

**特記事項(病棟からの貸し出しや持ち出し物品等)
退所時のNsへの伝達事項**

