



食 事	内 容		内 容 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
		<input type="checkbox"/> 経管栄養	種 類 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう			
			製品名 ( ) カテーテルサイズ ( Fr)			
			注入内容 ( )			
			注入量・回数 ( )			
			トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			
	<input type="checkbox"/> I V H	薬剤名 ( )				
	血糖値測定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時 間 ( 時, 時, 時)			
	インスリン投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時 間 ( 時, 時, 時)			
呼 吸 管 理	気 管 切 開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	カニューレ製品名 ( )			
			交換頻度 (1回/ )			
			トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			
	吸 引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	回 数 ( 回/時間)			
部 位 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内						
カテーテルサイズ ( Fr)						
出産時の状況		妊 娠 期 間	( 週 日)	単・多	( ) 胎	
		体 重	( ) グラム	身長	( ) cm	
治療歴		これまでの治療の経緯について(手術をしている場合は、手術歴も記入する)				
そ の 他		集団生活を送る上で配慮が必要な点				