

胃ろう栄養情報提供書

利用者氏名 _____ 様

記入日： _____

記入者氏名： _____

続柄または職種： _____

胃ろうの型	ボタン型 ・ チューブ型 (当施設ではボタン型の受け入れのみです)		ストッパー	バンパー型 ・ バルーン型
胃ろうキット (メーカー)	チューブの太さ _____ Fr メーカー _____ 商品名 _____			
胃ろう造設日	年 _____ 月 _____ 日			
最終交換日	年 _____ 月 _____ 日 病院名 (_____) 担当医 (_____)			
交換頻度	ヵ月に一度			
接種カロリー	一日 (_____) Kcal			
制限がある場合 その内容	エネルギー _____ Kcal		たんぱく質 _____ g 塩分 _____ g	
	水分 _____ ml		その他 _____	
栄養剤の種類				
栄養剤の量	朝 (_____) ml	昼 (_____) ml	夕 (_____) ml	
白湯の量	朝 (_____) ml	昼 (_____) ml	夕 (_____) ml	
	その他の時間 10時 (_____) ml 15時 (_____) ml 夜間 (_____) ml			
注入の時間帯	朝 (_____ : _____)	昼 (_____ : _____)	夕 (_____ : _____)	
注入時の姿勢	ベッド上 ・ 車イス座位			
経口摂取の有無	無 ・ 有 (何をどのくらい： _____)			
アレルギー・禁止食品	無 ・ 有 (禁止内容： _____)			
喀痰吸引	無 ・ 有 (_____ 回/月) (呼吸方法： 鼻腔 ・ 口腔) (吸引施行時間： _____)			
身体状況	胃ろう部周囲の皮膚状態： 良好 ・ 不良 (処置等： _____) 体動の有無： 無 ・ 有 自己抜去のリスク 無 ・ 有 (予防策： _____)			
注意点	※付属の減圧チューブも忘れずにお持ちいただくようお願い致します。			
コメント欄 (家族の要望等)				