

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)			