ケア実施記録

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  利用者名 |  | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 大正 ・ 昭和 ・ 平成　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日生（　　　　　歳） | | |
| 実施日時 | 年　　　　月　　　　日　　　　　時　　　　分　　～　　　　時　　　　分 | | |
| 実施したケア  ※○をして下さい | ・口腔内のたん吸引 　・鼻腔内のたん吸引（左・右） 　・気管カニューレ内部のたん吸引 | | |
|  | | |
| 人工呼吸器装着 | 有　　　　　・　　　　無 | | |
| 記録内容  ※必要のない項目は斜線を引くこと。 | 実施理由  観察内容（実施中・実施後）   |  |  | | --- | --- | | 吸引物の性状 |  | | 吸引物の量 |  | | 観察内容 |  | | 口腔内の状況 |  | | 鼻腔内の状況 |  | | 気管カニューレの状況 |  | | 吸引後の状況 |  | | 経鼻経管栄養チューブの確認 |  | | | |
| 利用者の訴えや反応 |  | | |
| 特記事項  （状態の変化等の異常など） |  | | |
| 看護師の指導助言  （看護師　　　　　　　） |  | | |
| 実施者氏名 | （　　　　　回目）　　氏名 印 | | |