

# 胃瘻交換パス 入院日

患者氏名 様 歳 主治医 ( ) 指示受け看護師 ( )

月日	/	/	/																																																											
経過	病棟にて	内視鏡室にて	交換後病棟にて																																																											
達成目標	<input type="checkbox"/> PEG に対して十分な説明と理解がなされている <input type="checkbox"/> 患者及び家族が必要性を理解し検査が受けられる <input type="checkbox"/> バイタルサインが安定している	<input type="checkbox"/> 無事 PEG 交換が出来る <input type="checkbox"/> バイタルサインが安定している	<input type="checkbox"/> 著明な出血がない <input type="checkbox"/> バイタルサインが安定している																																																											
治療処置	ネームバンド装着 <input type="checkbox"/>																																																													
薬剤		ガストログラフィン ( ) cc	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 内服注入指示 <input type="checkbox"/> [ ]																																																											
検査		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> レントゲン撮影 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/>																																																												
活動安静度	制限無し	ベッド上安静	ベッド上安静																																																											
栄養摂取量	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 注入中止 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 水 ml + ( ) ml 帰宅後 <input type="checkbox"/> 17時 <input type="checkbox"/>																																																											
排泄	最終排便 ( 月 日 )		排尿 ( ) 回・排便 ( ) 回																																																											
保清	清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/>		口腔ケア <input type="checkbox"/>																																																											
教育説明	同意書 (有・無) 検査前オリエンテーション <input type="checkbox"/>		検査後説明 <input type="checkbox"/>																																																											
観察記録	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 腹部手術歴確認 <input type="checkbox"/> (有・無) ( ) 感染症 <input type="checkbox"/> (有: . 無) 意思疎通 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 拘束必要性 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 麻痺 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 拘縮 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 義歯 <input type="checkbox"/> 有 (上下・一部・全部) <input type="checkbox"/> 無 開口障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  必要物品の確認 (病衣・必要時腹帯) 《検査前チェックリスト》 時計・ヘアピン・眼鏡・義歯 (有・無) 《持参品》 カルテ (入院・外来)・ ID カード・X-P フィルム  <記録> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2"></th><th style="text-align: center;">日勤</th></tr> <tr><td style="width: 30%;">BT</td><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 40%;"></td></tr> <tr><td>P</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BP</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SpO<sub>2</sub></td><td></td><td></td></tr> </table>			日勤	BT			P			BP			SpO <sub>2</sub>			《PEG の種類・サイズ》  蒸留水 ( ) cc 注入  <記録> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2"></th><th style="text-align: center;">開始時</th><th style="text-align: center;">終了時</th></tr> <tr><td style="width: 30%;">時刻</td><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 20%; text-align: center;">:</td><td style="width: 20%; text-align: center;">:</td></tr> <tr><td>BT</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BP</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SpO<sub>2</sub></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>			開始時	終了時	時刻		:	:	BT				P				BP				SpO <sub>2</sub>				<記録> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2"></th><th style="text-align: center;">日勤</th><th style="text-align: center;">準夜</th></tr> <tr><td style="width: 30%;">BT</td><td style="width: 30%;"></td><td style="width: 20%;"></td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr><td>P</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BP</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SpO<sub>2</sub></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>			日勤	準夜	BT				P				BP				SpO <sub>2</sub>			
		日勤																																																												
BT																																																														
P																																																														
BP																																																														
SpO <sub>2</sub>																																																														
		開始時	終了時																																																											
時刻		:	:																																																											
BT																																																														
P																																																														
BP																																																														
SpO <sub>2</sub>																																																														
		日勤	準夜																																																											
BT																																																														
P																																																														
BP																																																														
SpO <sub>2</sub>																																																														
バリエーション		( 無・有 )	( 無・有 )																																																											
サイン	日勤 ( )	内視鏡施行 Dr. ( ) 内視鏡Ns. ( )	日勤 ( ) 準夜 ( )																																																											

指示    指示受け    実施

## 胃瘻交換パス 退院日

患者氏名 様 歳 主治医 ( ) 指示受け看護師 ( )

月日	/	/																									
経過	病棟にて	紹介元病院にて																									
達成目標	<input type="checkbox"/> 感染症状が見られない <input type="checkbox"/> 出血がない <input type="checkbox"/> バイタルサインが安定している	<input type="checkbox"/> 感染症状が見られない <input type="checkbox"/> 出血がない <input type="checkbox"/> バイタルサインが安定している																									
治療処置	PEG 保清 <input type="checkbox"/>	PEG 保清 <input type="checkbox"/>																									
薬剤																											
検査																											
活動安静度	制限無し	制限無し																									
栄養摂取量	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 水 <span style="margin-left: 20px;">ml+</span> ( <span style="margin-left: 20px;">)</span> <span style="margin-left: 20px;">ml</span> 朝 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 水 <span style="margin-left: 20px;">ml+</span> ( <span style="margin-left: 20px;">)</span> <span style="margin-left: 20px;">ml</span> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/>																									
排泄	排尿 ( <span style="margin-left: 20px;">)</span> 回・排便 ( <span style="margin-left: 20px;">)</span> 回	排尿 ( <span style="margin-left: 20px;">)</span> 回・排便 ( <span style="margin-left: 20px;">)</span> 回																									
保清	清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/>	口腔ケア <input type="checkbox"/>																									
教育説明	『胃ろうケアガイド』必要事項記載 <input type="checkbox"/> 次回交換説明																										
観察記録	<記録> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 40%;">深夜</td> <td style="width: 50%;">日勤</td> </tr> <tr> <td>BT</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>P</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BP</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SpO<sub>2</sub></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		深夜	日勤	BT			P			BP			SpO <sub>2</sub>			<記録> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 90%;">日勤</td> </tr> <tr> <td>BT</td> <td></td> </tr> <tr> <td>P</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BP</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SpO<sub>2</sub></td> <td></td> </tr> </table>		日勤	BT		P		BP		SpO <sub>2</sub>	
	深夜	日勤																									
BT																											
P																											
BP																											
SpO <sub>2</sub>																											
	日勤																										
BT																											
P																											
BP																											
SpO <sub>2</sub>																											
バリエーション	( 無・有 )	( 無・有 )																									
サイン	深夜 ( <span style="margin-left: 20px;">)</span> 日勤 ( <span style="margin-left: 20px;">)</span>	担当者 ( <span style="margin-left: 20px;">)</span>																									

指示    指示受け    実施

# 胃瘻交換パス 外 来

患者氏名 様 歳 実施日：平成 年 月 日 ( )

経過	紹介元病院	浜松南病院：内視鏡室	紹介元病院																																											
達成目標	<input type="checkbox"/> 胃瘻交換に対して十分な説明と理解がなされている <input type="checkbox"/> バイタルサインが安定している	<input type="checkbox"/> 無事胃瘻交換が出来る <input type="checkbox"/> バイタルサインが安定している	<input type="checkbox"/> 著明な出血がない <input type="checkbox"/> 感染症状が見られない <input type="checkbox"/> バイタルサインが安定している																																											
治療処置																																														
薬剤		ガストログラフィン( )cc	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 内服注入指示 <input type="checkbox"/> [ ]																																											
検査		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> レントゲン撮影 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/>																																												
活動安静度	制限無し	ベッド上安静	ベッド上安静																																											
栄養摂取量	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 注入中止 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 水 ml + ( ) ml 帰院後 <input type="checkbox"/> 18時 <input type="checkbox"/>																																											
排泄 保清	最終排便 ( 月 日 ) 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/>		排尿 ( ) 回・排便 ( ) 回 口腔ケア <input type="checkbox"/>																																											
教育説明	検査前オリエンテーション <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 検査後説明 <input type="checkbox"/> 『胃瘻ケアガイド』 必要事項掲載 <input type="checkbox"/>																																												
観察記録	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 腹部手術歴確認 <input type="checkbox"/> ( 有・無 ) ( ) 感染症 <input type="checkbox"/> ( 有： ) 意思疎通 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 拘束必要性 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 麻痺 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 拘縮 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 義歯 <input type="checkbox"/> 有 ( 上下・一部・全部 ) <input type="checkbox"/> 無 開口障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	《PEGの種類・サイズ》  蒸留水( )cc 注入																																												
	<記録> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th></th><th>日勤</th></tr> <tr><td>BT</td><td></td></tr> <tr><td>P</td><td></td></tr> <tr><td>BP</td><td></td></tr> <tr><td>SpO<sub>2</sub></td><td></td></tr> </table>		日勤	BT		P		BP		SpO <sub>2</sub>		<記録> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th></th><th>開始時</th><th>終了時</th></tr> <tr><td>時刻</td><td>：</td><td>：</td></tr> <tr><td>BT</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BP</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SpO<sub>2</sub></td><td></td><td></td></tr> </table>		開始時	終了時	時刻	：	：	BT			P			BP			SpO <sub>2</sub>			<記録> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th></th><th>日勤</th><th>準夜</th></tr> <tr><td>BT</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BP</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SpO<sub>2</sub></td><td></td><td></td></tr> </table>		日勤	準夜	BT			P			BP			SpO <sub>2</sub>		
	日勤																																													
BT																																														
P																																														
BP																																														
SpO <sub>2</sub>																																														
	開始時	終了時																																												
時刻	：	：																																												
BT																																														
P																																														
BP																																														
SpO <sub>2</sub>																																														
	日勤	準夜																																												
BT																																														
P																																														
BP																																														
SpO <sub>2</sub>																																														
バリエーション		( 無・有 )	( 無・有 )																																											
サイン	日勤 ( )	内視鏡施行 Dr. ( ) 内視鏡 Ns. ( )	日勤 ( ) 準夜 ( )																																											

指示  指示受け  実施