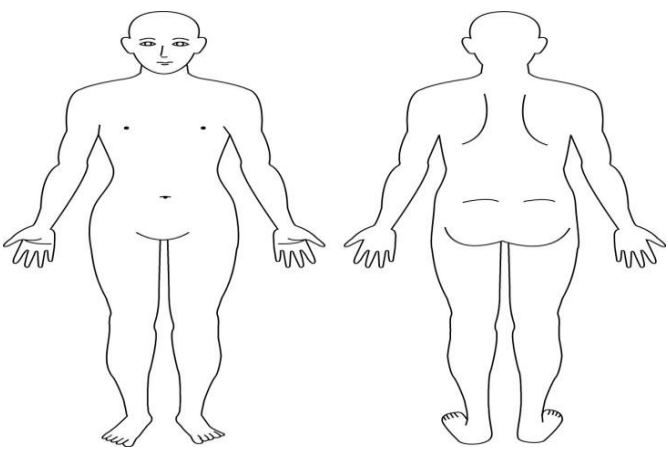


医療物品表

利用者名 利用日 月 日 時 分 ~ 月 日 時 分
 利用病棟 最終排便日() 最終発作日()
 IDカード (有・無) 入所時担当者()

薬関係	栄養関係	呼吸関係
内服薬 (日分)	注入物 (種類 ・ 数)	気管カニューレ (個)
予備薬 (日分)	(・ 個)	(Fr)
吸入薬 (日分)	(・ 個)	切り込みガーゼ (枚)
	(・ 個)	人工鼻 (個)
坐薬 (薬品名 ・ 数)		ネックホルダー (本)
(・)	予備 (種類 ・ 数)	
(・)	(・ 個)	
	(・ 個)	人工呼吸器関係
浣腸液 ml 本	(・ 個)	呼吸器 (有・無)
軟膏(薬品名・塗る所・数)	余りはどうしますか？	呼吸器回路 (有・無)
(・)	破棄する・継ぎ足し使用	アンビューバック (有・無)
(・)	栄養ボトル (個)	テストラング (有・無)
(・)	ボトルチューブ (本)	酸素チューブ (有・無)
	接続チューブ (本)	酸素ポンプ (有・無)
	栄養カテーテル (本)	加温加湿器 (有・無)
	カテーテルチップ(サイズ・数)	加湿器用蒸留水 (本)
	(cc 本)	
	(cc 本)	
	(cc 本)	
点眼薬(薬品名・回数)	胃瘻用ガーゼ (枚)	
(・ 回/日)		
(・ 回/日)		
(・ 回/日)		
その他(吸入器や経腸ポンプ等)	※ 身体に傷や、あざがある場合には、その場所に○を付けてください。	
		
	身長 _____ cm	体重 _____ kg

退所時担当者() 保護者()