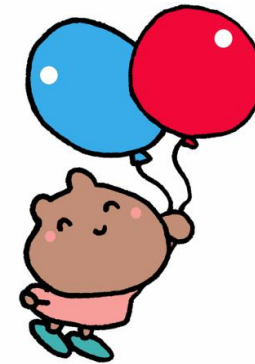
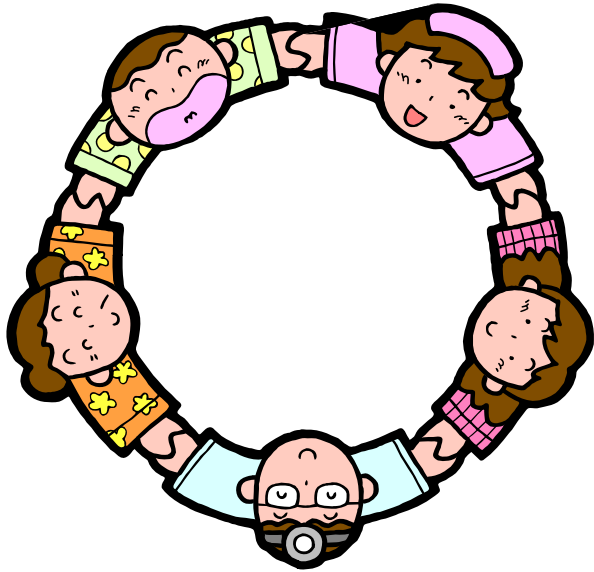


# 「経管栄養手帳」



制作 兵庫県小児科医会 2017年9月  
無断転載・改変を禁じます

**お名前**

---



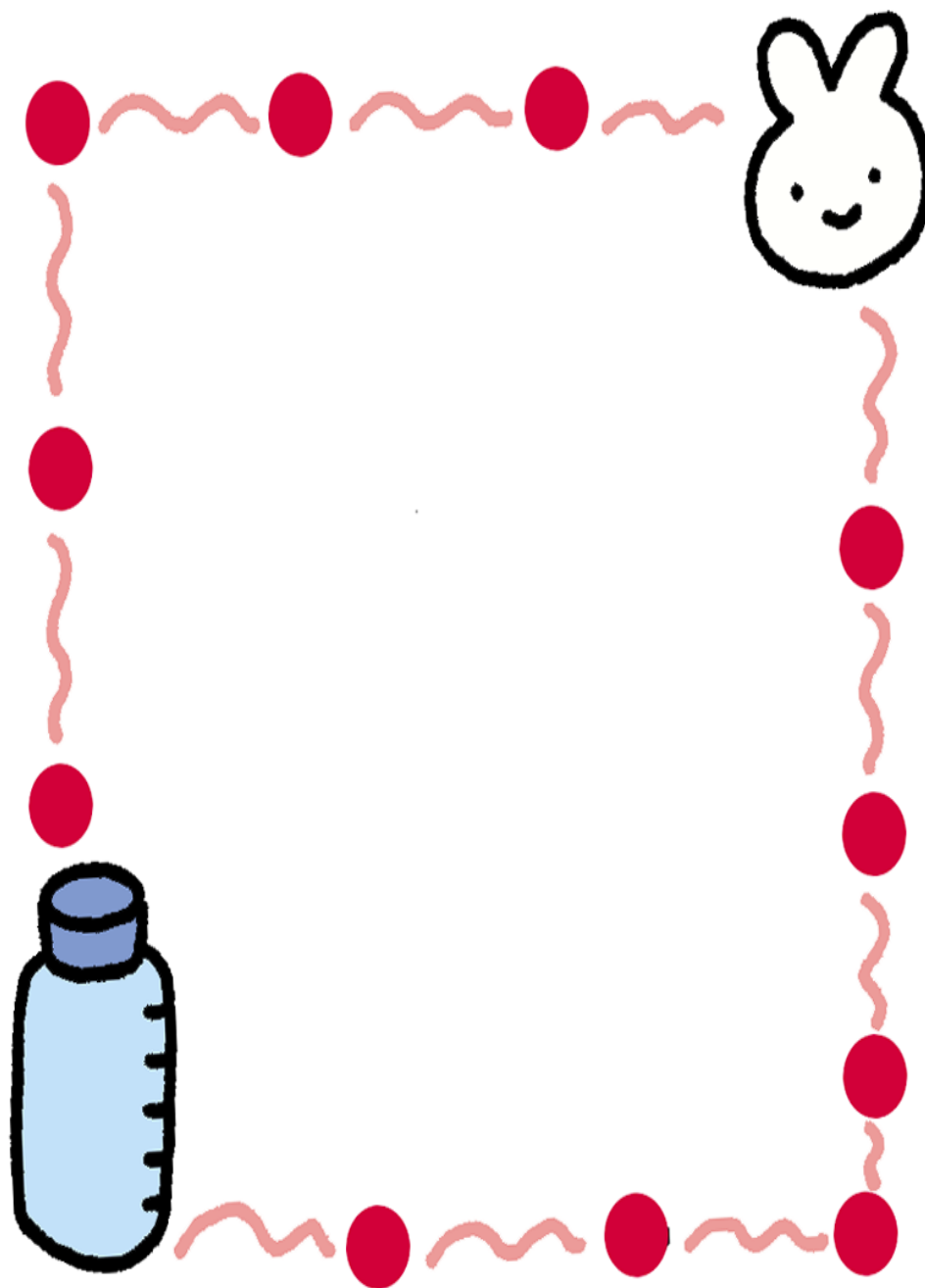
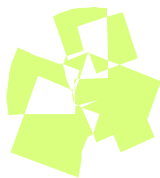
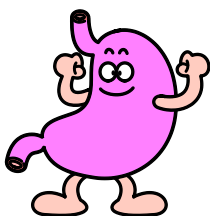
お願い

こんな時はこの手帳をご持参ください

受診の時

チューブ交換の時

その他、  
栄養に関する  
ご相談の時



# 経管栄養管理手帳

施設名			
日時	年	月	日
項目			
チューブ交換	<input type="checkbox"/> 栄養チューブ	Fr	cm固定
	<input type="checkbox"/> その他	Fr	cm固定
身体計測	身長	cm	体重 kg
栄養	<input type="checkbox"/> 経口	食事形態： 食事時間：	
	<input type="checkbox"/> 注入	注入の種類： <input type="checkbox"/> 栄養剤のみ <input type="checkbox"/> 半固形剤（とろみ剤入り） <input type="checkbox"/> その他（補助食品含む）	
		[ ]	ml× 回
		注入方法： <input type="checkbox"/> イリゲーター <input type="checkbox"/> シリンジ	
		1回の注入に要する時間：	
[ ]	ml× 回		
注入方法： <input type="checkbox"/> イリゲーター <input type="checkbox"/> シリンジ			
1回の注入に要する時間：			
注入時の注意点			
注入に関する所見	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 頻脈（ /分） <input type="checkbox"/> 顔色不良 <input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 胃残	
	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> その他( ) 対処方法	
固定テープの皮膚の状態	トラブル	<input type="checkbox"/> 皮膚発赤 <input type="checkbox"/> びらん <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> なし	対処方法	
	<input type="checkbox"/> あり	ケア方法	
腹部所見	排便回数：	性状：	
	排便コントロール <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 方法：		
特記事項（指導・説明など）			
		栄養評価（行なった時に）	

# 退院時の状況

退院日： 年 月 日

施設名：

チューブの種類：

サイズ： Fr cm 挿入の長さ cm固定

栄養方法：経口 注入

経口の食事形態：

注入の種類：ミルク 栄養剤 半固形剤（とろみ剤入り）  
その他（補助食品含む）

注入方法：イリゲーター シリンジ

1回注入量：

1回の注入時間：

1日の注入回数：

注入時の注意点：

注入中の変化：なし あり

頻脈（ /分） 顔色不良 発汗 嘔気 胃残

その他（  
対処方法：

固定テープの皮膚の状態 トラブル：なし あり

皮膚発赤 びらん その他（  
）  
対処方法：  
ケア方法：

腹部所見

排便回数： 便の性状：

排便コントロール：なし あり  
方法：



追加

## 経管栄養管理手帳

施設名				
日時 項目	年	月	日	
チューブ 交換	<input type="checkbox"/> 栄養チューブ	Fr	cm	cm固定
	<input type="checkbox"/> その他	Fr	cm	cm固定
身体計測	身長	cm	体重	kg
栄養	<input type="checkbox"/> 経口	食事形態： 食事時間：		
	<input type="checkbox"/> 注入	注入の種類： <input type="checkbox"/> 栄養剤のみ <input type="checkbox"/> 半固形剤（とろみ剤入り） <input type="checkbox"/> その他（補助食品含む）		
		[ ]	ml×	回
		注入方法： <input type="checkbox"/> イリゲーター <input type="checkbox"/> シリンジ		
		1回の注入に要する時間：		
[ ]	ml×	回		
注入方法： <input type="checkbox"/> イリゲーター <input type="checkbox"/> シリンジ				
1回の注入に要する時間：				
注入時の注意点				
注入に 関する 所見	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 頻脈（ /分） <input type="checkbox"/> 顔色不良 <input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 胃残		
	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> その他( ) 対処方法		
固定テ- プの皮膚 の状態	トラブル	<input type="checkbox"/> 皮膚発赤 <input type="checkbox"/> びらん <input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> なし	対処方法		
	<input type="checkbox"/> あり	ケア方法		
腹部所見	排便回数：		性状：	
	排便コントロール <input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> あり 方法：			
特記事項（指導・説明など）				
			栄養評価（行なった時に）	

## 経管栄養管理手帳

施設名				
月日 項目	年	月	日	
チューブ 交換	<input type="checkbox"/> 栄養チューブ	Fr	cm	cm固定
	<input type="checkbox"/> その他	Fr	cm	cm固定
身体計測	身長	c m	体重	kg
栄養	<input type="checkbox"/> 経口	食事形態： 食事時間：		
	<input type="checkbox"/> 注入	注入の種類： <input type="checkbox"/> 栄養剤のみ <input type="checkbox"/> 半固形剤（とろみ剤入り） <input type="checkbox"/> その他（補助食品含む）		
		[ ]	ml×	回
		注入方法： <input type="checkbox"/> イリゲーター <input type="checkbox"/> シリンジ		
		1回の注入に要する時間：		
[ ]	ml×	回		
注入方法： <input type="checkbox"/> イリゲーター <input type="checkbox"/> シリンジ				
1回の注入に要する時間：				
注入時の注意点				
注入に 関する 所見	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 頻脈（ /分） <input type="checkbox"/> 顔色不良 <input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 胃残		
	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> その他( ) 対処方法		
固定テ- プの皮 膚の状 態	トラブル	<input type="checkbox"/> 皮膚発赤 <input type="checkbox"/> びらん <input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> なし	対処方法		
	<input type="checkbox"/> あり	ケア方法		
腹部所見	排便回数：		性状：	
	排便コントロール <input type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> あり 方法：			
特記事項（指導・説明など）				
			栄養評価（行なった時に）	

追加

## 経管栄養管理手帳

施設名				
日時 項目	年	月	日	
チューブ 交換	<input type="checkbox"/> 栄養チューブ	Fr	cm	cm固定
	<input type="checkbox"/> その他	Fr	cm	cm固定
身体計測	身長	cm	体重	kg
栄養	<input type="checkbox"/> 経口	食事形態： 食事時間：		
	<input type="checkbox"/> 注入	注入の種類： <input type="checkbox"/> 栄養剤のみ <input type="checkbox"/> 半固形剤（とろみ剤入り） <input type="checkbox"/> その他（補助食品含む）		
		[ ]	ml×	回
		注入方法： <input type="checkbox"/> イリゲーター	<input type="checkbox"/> シリンジ	
		1回の注入に要する時間：		
[ ]	ml×	回		
注入方法： <input type="checkbox"/> イリゲーター	<input type="checkbox"/> シリンジ			
1回の注入に要する時間：				
注入時の注意点				
注入に 関する 所見	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 頻脈（ /分） <input type="checkbox"/> 顔色不良 <input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 胃残		
	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> その他( ) 対処方法		
固定テ- プの皮膚 の状態	トラブル	<input type="checkbox"/> 皮膚発赤 <input type="checkbox"/> びらん <input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> なし	対処方法		
	<input type="checkbox"/> あり	ケア方法		
腹部所見	排便回数：	性状：		
	排便コントロール <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 方法：			
特記事項（指導・説明など）				
				栄養評価（行なった時に）

## 経管栄養管理手帳

施設名				
月日 項目	年	月	日	
チューブ 交換	<input type="checkbox"/> 栄養チューブ	Fr	cm	cm固定
	<input type="checkbox"/> その他	Fr	cm	cm固定
身体計測	身長	c m	体重	kg
栄養	<input type="checkbox"/> 経口	食事形態： 食事時間：		
	<input type="checkbox"/> 注入	注入の種類： <input type="checkbox"/> 栄養剤のみ <input type="checkbox"/> 半固形剤（とろみ剤入り） <input type="checkbox"/> その他（補助食品含む）		
		[ ]	ml×	回
		注入方法： <input type="checkbox"/> イリゲーター	<input type="checkbox"/> シリンジ	
		1回の注入に要する時間：		
[ ]	ml×	回		
注入方法： <input type="checkbox"/> イリゲーター	<input type="checkbox"/> シリンジ			
1回の注入に要する時間：				
注入時の注意点				
注入に 関する 所見	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 頻脈（ /分） <input type="checkbox"/> 顔色不良 <input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 胃残		
	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> その他( ) 対処方法		
固定テ- プの皮 膚の状 態	トラブル	<input type="checkbox"/> 皮膚発赤 <input type="checkbox"/> びらん <input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> なし	対処方法		
	<input type="checkbox"/> あり	ケア方法		
腹部所見	排便回数：	性状：		
	排便コントロール <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 方法：			
特記事項（指導・説明など）				
				栄養評価（行なった時に）