

④PEG造設クリニカルパス(医療者用)－2

患者ID													患者名							
暦日	2日目				3日目				4日目				5日目				6日目			
月																				
日																				
BP	R	P	T																	
250	60	150	40																	
200	50	130	39																	
150	40	110	38																	
100	30	90	37																	
50	20	70	36																	
10	10	60	35																	
食事																				
便																				
尿																				
一般処置	<input type="checkbox"/> 瘻孔周囲の消毒 (1回/日)				<input type="checkbox"/> 瘻孔周囲の消毒 (1回/日)				<input type="checkbox"/> 消毒中止 <input type="checkbox"/> 周囲清拭(1回/日)				<input type="checkbox"/> 周囲清拭(1回/日)				<input type="checkbox"/> 周囲清拭(1回/日)			
検査																				
清潔	<input type="checkbox"/> シャワー・入浴可																			
活動	<input type="checkbox"/> リハビリ可																			
栄養	<input type="checkbox"/> 栄養剤注入 種類() 量300ml(水+栄養剤) ×3/日				<input type="checkbox"/> 栄養剤注入 種類() 量500ml(水+栄養剤) ×3/日				<input type="checkbox"/> 栄養剤注入 種類() 量()ml/日				<input type="checkbox"/> 栄養剤注入 種類() 量()ml/日				<input type="checkbox"/> 栄養剤注入 種類() 量()ml/日			
	<input type="checkbox"/> 経静脈栄養併用																			
薬	<input type="checkbox"/> 抗生物質				<input type="checkbox"/> 抗生物質中止															
観察	<input type="checkbox"/> VS(2検) ・肺雑音 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() ・瘻孔周囲の皮膚トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 排膿 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 瘻孔周囲からのものの有無 消化器症状 下痢 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嘔吐 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				<input type="checkbox"/> VS(2検) ・肺雑音 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() ・瘻孔周囲の皮膚トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 排膿 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 瘻孔周囲からのものの有無 消化器症状 下痢 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嘔吐 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				<input type="checkbox"/> VS(2検) ・肺雑音 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() ・瘻孔周囲の皮膚トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 排膿 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 瘻孔周囲からのものの有無 消化器症状 下痢 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嘔吐 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				<input type="checkbox"/> VS(2検) ・肺雑音 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() ・瘻孔周囲の皮膚トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 排膿 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 瘻孔周囲からのものの有無 消化器症状 下痢 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嘔吐 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				<input type="checkbox"/> VS(1検) ・肺雑音 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() ・瘻孔周囲の皮膚トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> 排膿 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 瘻孔周囲からのものの有無 消化器症状 下痢 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嘔吐 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
ケア	<input type="checkbox"/> ストッパーの回転				<input type="checkbox"/> ストッパーの回転				<input type="checkbox"/> ストッパーの回転				<input type="checkbox"/> ストッパーの回転				<input type="checkbox"/> ストッパーの回転			
	<input type="checkbox"/> 口腔ケア				<input type="checkbox"/> 口腔ケア															
その他																				
バリエーション	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																			
看護師サイン																				
日勤準夜深夜																				