

PEG 患者情報交換シート

(ふりがな)

患者氏名:

生年月日: M・T・S 年 月 日生(歳) 性別: 男・女

■ご記入者[] ■日常の介助者[]

■基本情報

現病歴:

既往歴:

感染症:

■PEG 情報

種類 ボタン/バンパー

ボタン/バルーン

チューブ/バンパー

チューブ/バルーン

※カードがある場合は分かればPEG 名称

[]

■生活・身体情報

視覚障害 コメント[]

言語障害 コメント[]

聴覚障害 コメント[]

麻痺 コメント[]

体動制限 コメント[]

特別なコミュニケーション

コメント[]

認知症 コメント[]

食事 ・注入のみ

・注入+経口

・経口のみ

栄養剤の種類と回数・量

[]

排便状況

コメント []

■在宅での情報(前回交換時から今回までの経過)

■管理チェック

①栄養剤が瘻孔周囲から漏れていませんか? はい・いいえ

②皮膚が赤くなったり、ただれたりしていませんか? はい・いいえ

③栄養剤を注入後、嘔吐が目立ちませんか? はい・いいえ

④栄養剤を注入後、下痢が目立ちませんか? はい・いいえ

⑤チューブが栄養剤で汚れていませんか? はい・いいえ

■現在、お困りのことがありましたら下記にご記入下さい

[]