

病名: _____

患者氏名: _____

担当医: _____

担当看護師: _____

月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
病日	1日目(入院日)	2日目	3日目	4日目	5日目(退院日)
検査	<input type="checkbox"/> 採血,血液ガス <input type="checkbox"/> レントゲン 	<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 呼吸機能 			
安静度	<input type="checkbox"/> 看護師より説明があります				
食事		<input type="checkbox"/> 栄養食事指導 栄養士より食事療法について説明します 			
看護	<input type="checkbox"/> 入院オリエンテーション <input type="checkbox"/> 体温、脈拍、血圧を測定します <input type="checkbox"/> 身長、体重を測定します 	<input type="checkbox"/> 6分間歩行 医師と共に病棟内を6分間歩き、呼吸状態や酸素飽和度の変化を確認します <input type="checkbox"/> 睡眠時に酸素の値をみます <input type="checkbox"/> DVD(フクダ電子/テイジン/エア・ウォーター・メディカル) 日常生活の注意点や機器の取り扱いについて観て頂きます	<input type="checkbox"/> 病棟内歩行(酸素をつけて) 看護師と共に病棟内を2周歩行し呼吸状態や酸素飽和度の変化を確認します <input type="checkbox"/> DVD(フクダ電子/テイジン/エア・ウォーター・メディカル) 日常生活の注意点や機器の取り扱いについて観て頂きます	<input type="checkbox"/> 病棟内歩行(酸素をつけて) 看護師と共に病棟内を2周歩行し呼吸状態や酸素飽和度の変化を確認します <input type="checkbox"/> DVD(フクダ電子/テイジン/エア・ウォーター・メディカル) 日常生活の注意点や機器の取り扱いについて観て頂きます	<input type="checkbox"/> 退院までに解らないことがあれば質問して下さい
内服	<input type="checkbox"/> 持参薬の確認をします 持って来られた薬を看護師に渡して下さい 	<input type="checkbox"/> 服薬指導 薬剤師から薬の説明と使用方法について説明があります 			<input type="checkbox"/> 退院までに薬剤師より説明があります
清潔	<input type="checkbox"/> シャワー、入浴ができます 	<input type="checkbox"/> 酸素療法を行いながらシャワーまたは入浴をして頂きます シャワーまたは入浴中の呼吸状態や酸素飽和度の変化を看護師が確認します 			
リハビリ 呼吸訓練 ADL 訓練など		<input type="checkbox"/> 理学療法士より 呼吸訓練 ADL訓練 筋力トレーニング 歩行トレーニング の説明があります <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> 全ての方に必要とは限りません 面談や検査結果を基に必要な方に実施します </div>			
説明	<input type="checkbox"/> 機器の取り扱い習得 酸素の機器が届きます 業者の方から取り扱いの説明があります (パンフレットがもらえます) <input type="checkbox"/> 酸素流量 安静時(L/分) 労作時(L/分) <input type="checkbox"/> 呼吸機能障害 ・身体障害申請 ・身体障害者手帳の紹介 <input type="checkbox"/> 医療費の説明 在宅酸素に関する自己負担金について説明します				<input type="checkbox"/> 退院当日、又は事前に業者が自宅に機器を設置します (日時については相談させていただきます)

◇ 総合的機能評価