

日中一時支援利用者の様子についての聞き取り票

長浜市(R6.9)

常時必要な医療的ケアについて

該当するものがある場合は○印を記入。

(1)レスピレーター（人工呼吸器）管理	(8)経口摂取（全介助）
(2)気管内挿管、気管切開	(8)経管（経鼻・胃ろう含む）
(3)鼻咽頭エアウェイ	(8)腸ろう・腸管栄養
(4)O2吸入又はSPO290%以下の状態が10%以上	(9)持続注入ポンプ使用（腸ろう・腸管栄養時）
(5)1回/時間以上の頻回の吸引	(10)手術・服薬にても改善しない過緊張で、発汗による更衣と姿勢修正を3回/日以上
(5)6回/日以上での頻回の吸引	(11)継続する透析（腹膜灌流を含む）
(6)ネブライザー 6回/日以上又は継続使用	(12)定期導尿（3回/日以上）
(7)I V H（中心静脈栄養法）	(13)人工肛門
	(14)体位交換（6回/日以上）

日中一時支援利用中の入浴の利用（ あり ・ なし ）