

確認書(経管栄養・外用薬)

患者名: _____

入院期間中の経管栄養・外用薬等に関する内容をご記入下さい。

経管栄養の時間は医師が治療上指定する場合を除き、病院の時間(6時、11時、16時、20時、23時)に合わせていただきます。また、病棟の状況により多少時間がずれる場合があることを御承知おきください。

愛知県医療療育総合センター 中央病院 確認看護師

経管栄養内容 記入欄	記入例 : ラコーラ200ml+ソリタ100ml
6時	
11時	
16時	
20時	
23時	

点眼薬 記入欄	記入例 : ヒアロン酸 両眼 1日3回 朝・昼・夕

軟膏類 記入欄	記入例 : 亜鉛華軟膏 おしりが赤い時

吸入薬 記入欄	記入例 : ムコフィリン 1包 1日2回 朝・夕	排痰補助 記入欄	記入例 : カフアシスト1日2回

浣腸・坐薬 記入欄	記入例 : グリセリン浣腸30ml 1日2回 朝・夕 毎日

その他

年 月 日 上記内容を説明しました。

家族氏名 _____