

東京通信病院 がん相談支援センター宛て

(FAX : 03-5214-7735)

緩和ケア病棟入棟予定患者様情報

様

年 月 日 現在

項目	情報
ベット (離床センサー必要有無)	有 無
マットレスの種類 (ネクサス・インフィニティの場合体重設定も)	_____ (K g)
点滴 (輸液ポンプ・シリンジポンプ使用の有無)	末梢・C V ・ポート・皮下・PICC (部位)
麻薬	
酸素	気切・酸素マスク・鼻カテ (L)
ドレーン・バルーンカテーテル等	有 無 (_____)
吸引・モニター装着	吸引 (有 無) _____
その他 (ポータブルトイレ・尿器使用等)	
備考	