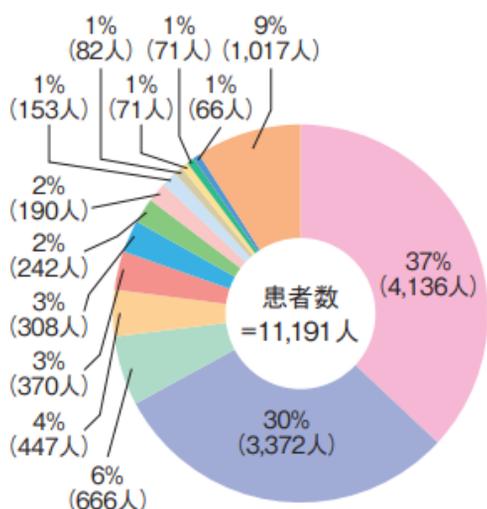


当院では、在宅酸素療法（HOT）の導入、再評価入院を受け入れています

HOT導入が必要かもしれない、または既にHOT導入されているものの、最近息切れがひどく、酸素量の再評価が必要な患者さんはいらっしゃいませんか？



慢性呼吸不全の原因疾患は・・・



■ COPD (慢性閉塞性肺疾患)	■ 神経筋疾患
■ 肺線維症、間質性肺炎	■ 先天性心疾患
■ 肺がん	■ じん肺
■ 肺高血圧症	■ LAM (リンパ脈管筋腫症)
■ 気管支拡張症	■ 新型コロナウイルス感染症の後遺症
■ 慢性心不全によるチェーンストークス呼吸	■ びまん性汎細気管支炎
■ 肺結核後遺症	■ その他

「在宅呼吸ケア白書2024」より

<説明、教育>

- ・ビデオ視聴により、在宅酸素療法の意義、機器の取り扱いなど指導します。
- ・薬剤の内容や吸入法について

<検査>

- ・夜間、労作時のSpO2チェック
- ・血液検査、CT、心電図、心エコーなど

<呼吸リハビリテーション>

- ・運動耐容能の評価
- ・呼吸法、自宅でのトレーニング法
- ・下肢筋力訓練

<栄養> 退院後の食事の工夫など

これらの入院精査・指導を14日間程度で行います。

必要な支援について相談したい、しっかりリハビリを行いたい場合には、御相談の上、日数を追加する事もあります。（合計3-8週間程度）

HOT導入の必要性の検討、または再評価など、**評価のみの御紹介でも結構です。**

退院時には別紙にまとめた形で御報告させていただきます。

適応になりそうな患者さんがいらっしゃいましたら、当院新患外来または医療連携室に御相談ください。

2024年11月作成 福岡病院

【HOT導入/再評価 報告書】

指示年月日 20 年 月 日

医療者用

ver24.12

患者名 様 ID:

主治医

指示受け
看護師

達成目標	病気を理解できる 呼吸困難と脈拍/呼吸数の繋がりを理解できる 酸素の必要性を理解できる 症状悪化のサインや感染予防、増悪時の受診のタイミングがわかる 痰の出し方、禁煙の必要性が理解できる	機器の取り扱いができる
------	---	-------------

SpO2 目標値 %	入院前 (再評価の場合)	安静時: L/分	労作時: L/分	就寝時: L/分
	退院時	安静時: L/分	労作時: L/分	就寝時: L/分

医師	<input type="checkbox"/> 退院時リハ指導指示	<input type="checkbox"/> HOT指示書記載(新規/変更)	<input type="checkbox"/> 身体障害者(呼吸機能障害)申請
	教育 <input type="checkbox"/> パンフレットでの指導	<input type="checkbox"/> DVD指導	<input type="checkbox"/> 機器の取り扱いに関する指導
	検査 <input type="checkbox"/> 心エコーで肺高血圧評価 →	<input type="checkbox"/> D-dimer →	<input type="checkbox"/> 造影CT、換気血流シンチで肺塞栓評価
	<input type="checkbox"/> 血液ガス PCO2評価 →	<input type="checkbox"/> 呼吸機能検査 →	<input type="checkbox"/> PULSOXで睡眠時無呼吸の評価

リーダー 看護師	<input type="checkbox"/> 病棟担当薬剤師へ電話連絡	<input type="checkbox"/> 病棟担当栄養士へ電話連絡	<input type="checkbox"/> 理学療法士へ掲示板上で伝達
-------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--

薬剤師	吸入薬 あり <input type="checkbox"/> / なし <input type="checkbox"/>	入院時吸入評価 良好 <input type="checkbox"/> / 不良 <input type="checkbox"/>	指導コメント	担当者名: :
-----	---	---	--------	------------

栄養士	BMI:	入院時栄養状態: 良好 <input type="checkbox"/> / 不良 <input type="checkbox"/>	指導コメント	担当者名: :
-----	------	--	--------	------------

リハビリ	6分間歩行試験	歩行距離: m	指導コメント	担当者名: :
	月 日	最低SpO2: %		
	認知機能			

使用している酸素会社名 【	】	使用している機種 【	】	同調 【	】	
使用している酸素デバイス	安静時 【	】	労作時 【	】	入浴時 【	】

パンフレットでの指導			DVD視聴		
1. 肺の仕組みと酸素	月 日	4. 酸素の供給体制	月 日	7. 呼吸法	月 日
2. 呼吸不全とは	月 日	5. 悪化のサイン	月 日	8. 日常生活での呼吸法	月 日
3. パンフレット用いての指導	月 日	6. 日常生活での注意点	月 日	9. 痰の出し方	月 日
			【導入編】	【自己管理編】	
			第1章 月 日 視聴	第1章 月 日 視聴	
			第2章 月 日 視聴	第2章 月 日 視聴	
			第3章 月 日 視聴	付録 月 日 視聴	
			第4章 月 日 視聴	【機種編】	
				月 日 視聴	

入浴評価	・酸素量 【	】 L/分 でSpO2: 【	】 %	その他:
------	--------	----------------	-----	------

看護師	指導日	項目	患者理解	退院時最終評価	担当者名:
	月 日	電源のON/OFF (酸素濃縮器/酸素ポンペ)		【今後も指導が必要な点】	:
	月 日	酸素流量の調整 (酸素濃縮器/酸素ポンペ)			
	月 日	接続の確認 (酸素濃縮器/酸素ポンペ)			
	月 日	酸素ポンペの見方			
	月 日	酸素ポンペの交換			
	月 日	鼻カニューレの装着			
	月 日	警報の種類 (酸素濃縮器)			
	月 日	フィルター清掃 (酸素濃縮器)			
	月 日	アラーム発生時の対応 (酸素濃縮器)			
月 日	SpO2低下時の注意点の確認				
月 日	災害/緊急時の対処法				