

# GENTLE STIM

## ジェントルスティム 実施記録シート

※本紙は記録用です。電極位置や出力設定の最終判断は施設手順書に従ってください。

患者 ID		実施日	
実施者		場所	
主目的		食事条件・体位	

### 実施前に固定する6点セット（安全性と再現性）

固定項目	チェック（固定できたら□に✓）	メモ
適応確認	<input type="checkbox"/> 咳反射 <input type="checkbox"/> 唾液嚥下 <input type="checkbox"/> 食前準備 <input type="checkbox"/> 口腔ケア前	
禁忌確認	<input type="checkbox"/> 妊産婦なし <input type="checkbox"/> 植込み型機器なし <input type="checkbox"/> 電気メス併用なし	
皮膚・貼付部	<input type="checkbox"/> 発赤なし <input type="checkbox"/> かぶれなし <input type="checkbox"/> 密着良好	
全身状態	<input type="checkbox"/> 覚醒可 <input type="checkbox"/> 呼吸安定 <input type="checkbox"/> SpO2 ( ) %	
体位・導線	<input type="checkbox"/> 座位／半座位 <input type="checkbox"/> ライン安全 <input type="checkbox"/> 説明・同意	
中止基準共有	<input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 不快 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> SpO2 低下で中止	

### 実施記録（前後比較＋次アクション）

観察項目	実施前	実施後	メモ（短文）
咳反射・咳の出やすさ			
唾液嚥下・空嚥下			
湿性嘔声・声質			
食事／口腔ケア受け入れ			
覚醒・表情・応答			
呼吸状態（SpO2・呼吸苦）			
皮膚状態・不快			
次に行った課題			
次回条件（部位・時間・強度）			

### 再評価メモ（イベント・条件差・食形態変更など）
