

別紙 10

褥瘡 治療・ケアの確認リスト

入院日 (__年__月__日) 患者氏名 (_____) (__才) <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
評価日 (__年__月__日) 評価日の医療区分 (__) 評価日のADL区分 (__)
記載者サイン (<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 看護補助者 サイン _____)

(1) 褥瘡の状態 (部位毎に記載)

- 1 部位 (_____) 大きさ (_____) 数 (_____) ステージ* (_____)
- 2 部位 (_____) 大きさ (_____) 数 (_____) ステージ* (_____)
- 3 部位 (_____) 大きさ (_____) 数 (_____) ステージ* (_____)

(2) 圧迫・ズレカの排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上法、車椅子姿勢保持等) の実施
あり (具体策: _____) なし

(3) スキンケアの実施 あり (具体策: _____) なし

(4) 栄養治療の実施 あり (具体策: _____) なし

(5) リハビリテーションの実施 あり (_____ 単位/日) なし

(6) 次回評価予定日 (__年 __月 __日)

* 以下は、前月から引き続き褥瘡を生じている場合のみ記載

(7) 褥瘡の状態の変化 (当月評価日時点での比較)

改善した 悪化した どちらともいえない

(8) 前月よりも「悪化した」又は「どちらともいえない」場合の今後の対応策
(_____)

※褥瘡のステージ

第1度: 皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない (皮膚の損傷はない)

第2度: 皮膚層の部分的喪失: びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる

第3度: 皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある

第4度: 皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

尿路感染症 治療・ケアの確認リスト

入院日（__年__月__日） 患者氏名（_____）（__才） 男性 女性
評価日（__年__月__日） 評価日の医療区分（__） 評価日のADL区分（__）
記載者サイン（医師 看護師 看護補助者 サイン_____）

（1）診断名

- 急性膀胱炎
急性腎盂腎炎
慢性膀胱炎
慢性腎盂腎炎
その他（_____）

（2）診断時の患者の排尿状況

- カテーテルあり（膀胱留置カテーテル 膀胱瘻又は腎瘻）
おむつあり
上記のいずれもなし

（3）診断時の症状（__月__日）

- ①自覚症状 排尿時痛 残尿感 腎部の自発痛
その他（_____）
- ②バイタルサイン：血圧（____/____） 脈拍（_____）
呼吸数（_____） 体温（_____）
- ③検査値等
- ア）血液検査：（__月__日）： 主な所見（_____）
- イ）尿検査：（__月__日） 主な所見（_____）
- ウ）尿グラム染色：（__月__日）主な所見（_____）
- エ）尿培養：（__月__日）
- オ）起炎菌：大腸菌 緑膿菌 腸球菌 セラチア菌
その他（_____）

（4）実施した治療・ケア

- ①抗生剤の投与：薬剤名（_____）を（__月__日）から（__）日間
②水分補給：経口（_____ml/日） 点滴（_____ml/日）

身体抑制 治療・ケアの確認リスト

入院日（__年__月__日）	患者氏名（_____）	（__才）	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
評価日（__年__月__日）	評価日の医療区分（__）	評価日のADL区分（__）		
記載者サイン（ <input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 看護補助者	サイン_____	

（1）実施した身体抑制の行為（該当するものすべてにチェック）

- 四肢の抑制
- 体幹部の抑制
- ベッドを柵（サイドレール）で囲む
- 介護衣（つなぎ服）の着用
- 車いすや椅子から立ち上がれないようにする
（抑制のための腰ベルトや立ち上がれない椅子の使用）
- ミトンの着用（手指の機能抑制）
- 自分の意志で開けることのできない居室等への隔離

（2）身体抑制の実施に係る3つの要件（切迫性・非代替性・一時性）

- ①要件への該当状況 あり なし
- ②該当状況に関する記録 あり なし

（3）本人および家族に対する説明

- ① 説明の方法 文書のみ
- 口頭のみ
- 文書と口頭の両方

② 説明の内容（該当するものすべてにチェック）

- 実施した身体抑制の行為
- 目的（_____）
- 理由（_____）
- 抑制の時間帯および時間（時間帯：_____）
（抑制時間：_____）
- 実施する期間（概ね_____日間を予定）