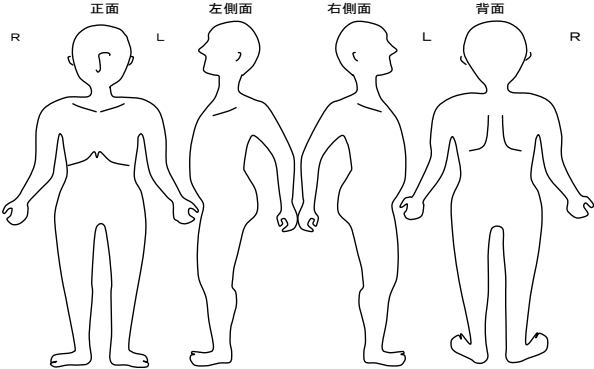


褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書

氏 名： 様		病棟	評価日 年 月 日
生年月日： (歳)		性 別 男・女	評価者名
診 断 名：	褥瘡の有無（現在） 有・無		褥瘡の有無（過去） 有・無
<p>褥瘡ハイリスク項目〔該当すべてに○〕</p> <p>ベッド上安静、ショック状態、重度の末梢循環不全、麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要、6時間以上の手術（全身麻酔下、特殊体位）、強度の下痢の持続、極度な皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸等）、医療関連機器の長期かつ持続的な使用（医療用弾性ストッキング、シーネ等）、褥瘡の多発と再発</p>			
<p>その他の危険因子〔該当すべてに○〕</p> <p>床上で自立体位変換ができない、いす上で座位姿勢が保持できない、病的骨突出、関節拘縮、栄養状態低下、皮膚の湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）、浮腫（局所以外の部位）</p>			
<p>褥瘡の発生が予測される部位及び褥瘡の発生部位</p> 		<p>リスクアセスメント結果</p>	
		<p>重点的な褥瘡ケアの必要性</p> <p style="text-align: right;">要 ・ 不要</p>	
		<p>褥瘡管理者名</p>	
<p>褥瘡予防治療計画 〔褥瘡ハイリスク患者ケアの開始年月日 年 月 日〕</p>			
<p>褥瘡ケア結果の評価 〔褥瘡ハイリスク患者ケアの終了年月日 年 月 日〕</p>			