

褥瘡対策に関する診療計画書（２）

氏 名 _____ 殿 (男 · 女) _____ 年 月 日 生 (_____ 歲)

＜薬学的管理に関する事項＞ ☐ 対応の必要無し

薬学的管理計画	褥瘡の発症リスクに影響を与える可能性がある薬剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 催眠鎮静剤、抗不安剤、麻薬、解熱鎮痛消炎剤、利尿剤、腫瘍用薬、副腎ホルモン剤、免疫抑制剤、その他（ ））
	＜すでに褥瘡を有する患者＞ 薬剤滞留の問題 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

＜栄養管理に関する事項＞ ☐ 対応の必要無し ☐ 栄養管理計画書での対応

栄養評価	評価日 年 月 日		
	体重 kg(測定日 /)		BMI kg/m2
	体重減少 (無 ・ 有)		
	身体所見	浮腫 (無 ・ 有 (胸水 ・ 腹水 ・ 下肢) ・ 不明)	
	検査等 <small>検査している場合に記載</small>	<input type="checkbox"/> 測定無し Alb値 ()g/dL 測定日 (/)	<input type="checkbox"/> 測定無し Hb値 ()g/dL 測定日 (/)
栄養補給法	経口 ・ 経腸 (経口 ・ 経鼻 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻) ・ 静脈		栄養補助食品の使用 (無 ・ 有)
栄養管理計画			

「記載上の注意」

- 2 栄養管理に関する項目に関して、栄養管理計画書にて対応する場合は、□にチェックを入れること。