

褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 _____ 殿 男 女 計画作成日 _____. _____. _____.
年 月 日 生 (年)

褥瘡の有無 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他()) 褥瘡発生日 _____
2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他())

	日常生活自立度	J(1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対処
危 険 因 子 の 評 価	・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)		できる	できない		
			できる	できない		
	・病的骨突出		なし	あり		「あり」もしくは 「できない」が1 つ以上の場
	・関節拘縮		なし	あり		合、看護計画を 立案し実施す る
	・栄養状態低下		なし	あり		
	・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)		なし	あり		
	・皮膚の脆弱性(浮腫)		なし	あり		
	・皮膚の脆弱性(スキンーテアの保有、既往)		なし	あり		

※1 該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。ただし、深さの点数は加えないこと。

※2 深部損傷褥瘡(DTI)疑いは、視診・触診、補助データ(発生経緯、血液検査、画像診断等)から判断する。

※3 「3C」あるいは「3」のいずれかを記載する。いずれの場合も点数は3点とする。

継続的な管理が必要な理由

計画

実施した内容(初回及び評価カンファレンスの記録及び月1回以上の構成員の訪問結果の情報共有の結果について記載)

カンファレンス実施日	開催場所	参加した構成員の署名	議事概要
初回 月 日			
2回目 月 日			
3回目 月 日			

評価

説明日 年 月 日

本人又は家族(続柄)の署名 _____

在宅褥瘡対策チーム構成員の署名 _____

医師 _____

看護師 _____

管理栄養士 _____

在宅褥瘡管理者 _____

[記載上の注意]

1 日常生活自立度の判定に当たっては「「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」(平成3年11月18日厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。

2 日常生活自立度がJ1～A2である患者については、当該評価票の作成を要しないものであること。