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(5	現在)有・無	褥瘡の有無(過去)有・無
6時間以上の手術(全身麻酔	・重度の末梢循環・下、特殊体位)、・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	強度の下痢の持続、	・鎮静剤の持続的な使用が必要、 極度な皮膚の脆弱(低出生体重児、 用弾性ストッキング、シーネ等)、
			、病的骨突出、関節拘縮、栄養状態
低下、皮膚の湿潤(多汗、尿 褥瘡の発生が予測される部位及		1	
正面を側面を側面を背面に		:	
		重点的な褥瘡ケ	アの必要性 要・ 不要
「	イリスク患者ケ	アの開始年月日	年 月 日〕