

計画作成日 . . . . .

褥瘡発生日 . . .

褥瘡発生日 . . .

両括弧内は点数（※1）

※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	
----	--

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			

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。