褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書

MANH X		731 1476	
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(全身麻酔下	重度の末梢循環 、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、 肝弾性ストッキング、シーネ等)、
その他の危険因子〔該当すべてに〇〕 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)			
褥瘡の発生が予測される部位及U	海瘡の発生部位 ・ 「		ント結果
		重点的な褥瘡ケ褥瘡管理者名	アの必要性 要 ・ 不要
褥瘡予防治療計画 〔褥瘡ハン	イリスク患者ケ	アの開始年月日	年 月 日〕
褥瘡ケア結果の評価 〔褥瘡ノ	ヽイリスク患者	テケアの終了年月日	年 月 日〕