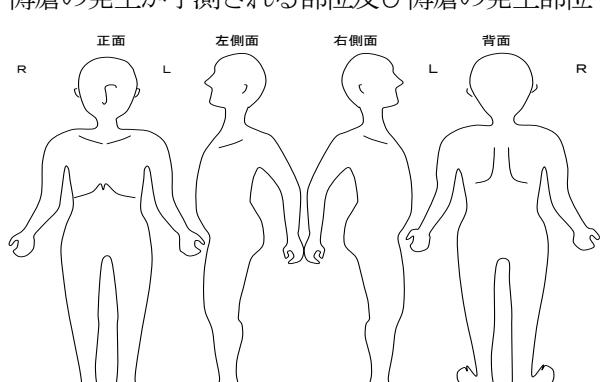


褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書

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(現在) 有・無		褥瘡の有無(過去) 有・無
褥瘡ハイリスク項目 [該当すべてに○] ベッド上安静、ショック状態、重度の末梢循環不全、麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要、6時間以上の手術(全身麻酔下、特殊体位)、強度の下痢の持続、極度な皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸等)、医療関連機器の長期かつ持続的な使用(医療用弾性ストッキング、シーネ等)、褥瘡の多発と再発			
その他の危険因子 [該当すべてに○] 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び褥瘡の発生部位 		リスクアセスメント結果 重点的な褥瘡ケアの必要性 要・不要 褥瘡管理者名	
褥瘡予防治療計画 [褥瘡ハ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 [褥瘡ハイリスク患者ケアの終了年月日 年 月 日]			