

## 褥瘡対策に関する診療計画書（2）

氏名 \_\_\_\_\_ 殿（男・女）\_\_\_\_\_

年月日生（歳）\_\_\_\_\_

<薬学的管理に関する事項>  対応の必要無し

褥瘡の発症リスクに影響を与える可能性がある薬剤の使用

 無  有（催眠鎮静剤、抗不安剤、麻薬、解熱鎮痛消炎剤、利尿剤、腫瘍用薬、副腎ホルモン剤、免疫抑制剤、その他（ ））

薬学的管理計画

<すでに褥瘡を有する患者> 薬剤滞留の問題  無  有<栄養管理に関する事項>  対応の必要無し 栄養管理計画書での対応

評価日 年 月 日			
体重 kg(測定日／)		BMI kg/m <sup>2</sup>	体重減少（無・有）
栄養評価	身体所見 浮腫（無・有（胸水・腹水・下肢）・不明）		
検査等 検査している場合に記載	□ 測定無し Alb値（ ）g/dL 測定日（／）	□ 測定無し Hb値（ ）g/dL 測定日（／）	□ 測定無し CRP（ ）mg/dL 測定日（／）
栄養管理計画	栄養補給法 経口・経腸（経口・経鼻・胃瘻・腸瘻）・静脈		栄養補助食品の使用（無・有）

## [記載上の注意]

- 1 対応の必要がない項目の場合、□にチェックを入れること。
- 2 栄養管理に関する項目に関して、栄養管理計画書にて対応する場合は、□にチェックを入れること。