

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

栄養評価	評価日 年 月 日		
	体重 kg(測定日 /)		体重減少 (無・有)
	BMI kg/m2		
	身体所見	浮腫 (無・有 (胸水・腹水・下肢)・不明)	
	検査等 <small>検査している場合に記載</small>	<input type="checkbox"/> 測定無し Alb値 ()g/dL 測定日 (/)	<input type="checkbox"/> 測定無し Hb値 ()g/dL 測定日 (/)
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)
栄養管理計画			

[記載上の注意]

- 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。