

別紙10

褥瘡 治療・ケアの確認リスト

入院日 ( __年__月__日 )	患者氏名 ( _____ ) ( __才 )	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
評価日 ( __年__月__日 )	評価日の医療区分 ( ____ )	評価日のADL区分 ( ____ )	
記載者サイン ( <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 看護補助者		サイン _____ )	

(1) 褥瘡の状態 (部位毎に記載)

- 1 部位 ( \_\_\_\_\_ ) 大きさ ( \_\_\_\_\_ ) 数 ( \_\_\_\_\_ ) ステージ\* ( \_\_\_\_\_ )
- 2 部位 ( \_\_\_\_\_ ) 大きさ ( \_\_\_\_\_ ) 数 ( \_\_\_\_\_ ) ステージ\* ( \_\_\_\_\_ )
- 3 部位 ( \_\_\_\_\_ ) 大きさ ( \_\_\_\_\_ ) 数 ( \_\_\_\_\_ ) ステージ\* ( \_\_\_\_\_ )

(2) 圧迫・ズレカの排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上法、車椅子姿勢保持等) の実施  
あり (具体策: \_\_\_\_\_) なし

(3) スキンケアの実施 あり (具体策: \_\_\_\_\_) なし

(4) 栄養治療の実施 あり (具体策: \_\_\_\_\_) なし

(5) リハビリテーションの実施 あり ( \_\_\_\_\_ 単位/日) なし

(6) 次回評価予定日 ( \_\_年 \_\_月 \_\_日)

\* 以下は、前月から引き続き褥瘡を生じている場合のみ記載

(7) 褥瘡の状態の変化 (当月評価日時点での比較)

改善した 悪化した どちらともいえない

(8) 前月よりも「悪化した」又は「どちらともいえない」場合の今後の対応策  
( \_\_\_\_\_ )

※褥瘡のステージ

- 第1度: 皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない (皮膚の損傷はない)
- 第2度: 皮膚層の部分的喪失: びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる
- 第3度: 皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある
- 第4度: 皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

## 尿路感染症 治療・ケアの確認リスト

入院日 ( __年__月__日 )	患者氏名 ( _____ ) ( __才 )	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
評価日 ( __年__月__日 )	評価日の医療区分 ( ____ )	評価日のADL区分 ( ____ )	
記載者サイン ( <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 看護補助者		サイン _____ )	

### (1) 診断名

- 急性膀胱炎
- 急性腎盂腎炎
- 慢性膀胱炎
- 慢性腎盂腎炎
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

### (2) 診断時の患者の排尿状況

- カテーテルあり ( 膀胱留置カテーテル 膀胱瘻又は腎瘻 )
- おむつあり
- 上記のいずれもなし

### (3) 診断時の症状 ( \_\_月 \_\_日 )

- ①自覚症状 排尿時痛 残尿感 腎部の自発痛  
その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ②バイタルサイン： 血圧 ( \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ) 脈拍 ( \_\_\_\_ )  
呼吸数 ( \_\_\_\_ ) 体温 ( \_\_\_\_ )
- ③検査値等
  - ア) 血液検査： ( \_\_月 \_\_日 )： 主な所見 ( \_\_\_\_\_ )
  - イ) 尿検査： ( \_\_月 \_\_日 ) 主な所見 ( \_\_\_\_\_ )
  - ウ) 尿グラム染色： ( \_\_月 \_\_日 ) 主な所見 ( \_\_\_\_\_ )
  - エ) 尿培養： ( \_\_月 \_\_日 )
  - オ) 起炎菌： 大腸菌 緑膿菌 腸球菌 セラチア菌  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

### (4) 実施した治療・ケア

- ①抗生剤の投与： 薬剤名 ( \_\_\_\_\_ ) を ( \_\_月 \_\_日 ) から ( \_\_\_\_ ) 日間
- ②水分補給： 経口 ( \_\_\_\_ ml / 日 ) 点滴 ( \_\_\_\_ ml / 日 )

## 身体抑制 治療・ケアの確認リスト

入院日（__年__月__日）	患者氏名（_____）	（__才）	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
評価日（__年__月__日）	評価日の医療区分（__）	評価日のADL区分（__）		
記載者サイン（ <input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 看護補助者	サイン_____	

### （1）実施した身体抑制の行為（該当するものすべてにチェック）

- 四肢の抑制
- 体幹部の抑制
- ベッドを柵（サイドレール）で囲む
- 介護衣（つなぎ服）の着用
- 車いすや椅子から立ち上がれないようにする  
（抑制のための腰ベルトや立ち上がれない椅子の使用）
- ミトンの着用（手指の機能抑制）
- 自分の意志で開けることのできない居室等への隔離

### （2）身体抑制の実施に係る3つの要件（切迫性・非代替性・一時性）

- ①要件への該当状況 あり なし
- ②該当状況に関する記録 あり なし

### （3）本人および家族に対する説明

- ① 説明の方法  文書のみ
- 口頭のみ
- 文書と口頭の両方

### ② 説明の内容（該当するものすべてにチェック）

- 実施した身体抑制の行為
- 目的（\_\_\_\_\_）
- 理由（\_\_\_\_\_）
- 抑制の時間帯および時間（時間帯：\_\_\_\_\_）  
（抑制時間：\_\_\_\_\_）
- 実施する期間（概ね\_\_\_\_\_日間を予定）