

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 ()
評価日 () 年 () 月 () 日
記載者サイン (医師・看護師 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・ズレ力の排除 (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 なし)

(3) スキンケアの実施 (あり なし)

(4) 栄養状態改善の実施 (あり なし)

(5) リハビリテーションの実施 (あり なし)

* 以下は、前月から継続している場合のみ記載

(6) 褥瘡の状態の変化

当月評価日時点で (改善した 悪化した どちらともいえない)

<p>【褥瘡のステージ】</p> <p>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)</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>
--

ADL 治療・ケアの確認リスト

入院日 () 年 () 月 () 日 患者氏名 ()
評価日 () 年 () 月 () 日
記載者サイン (医師・看護師 サイン _____)

(1) ADLが低下した分野

	ADLの項目	前月末日の段階	当月末日の段階
①	ベッド上の可動性		
②	移乗		
③	食事		
④	トイレの使用		

※ 段階は、評価の手引きⅢADL区分にある0～6段階で記入する。

(2) ADL低下の原因

(急性期治療後 急性期後の長期臥床 薬剤の副作用 痛み うつ状態
難病等 その他 _____)

(3) ADL改善又は低下予防に係る治療・看護計画 (あり なし)

(4) 総合的なADL改善又は低下予防に係る職員研修 (あり なし)

(5) リハビリテーションの実施 (あり なし)

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 ()
評価日 () 年 () 月 () 日
記載者サイン (医師・看護師 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) 診断時の症状

- ・自覚症状 (排尿時痛 残尿感 腎部の自発痛 その他 _____)
- ・バイタルサイン () 月 () 日 体温 ()
- ・検査値等
血液 : () 月 () 日 白血球 () CRP ()
尿 : () 月 () 日 白血球 () 細菌尿 ()
尿培養 : () 月 () 日 → 起炎菌 (大腸菌 緑膿菌 腸球菌 セラチ
ア菌 その他 _____)

(3) 実施した治療・ケア

- ・抗生剤の投与 : 点滴 () 月 () 日から () 日間
- ・経口投与 () 月 () 日から () 日間
- ・水分補給 1日あたり (点滴 _____ 経口 _____)

身体抑制 治療ケアの確認リスト

入院日 () 年 () 月 () 日 患者氏名 ()
評価日 () 年 () 月 () 日
記載者サイン (医師・看護師 サイン _____)

(1) 身体拘束の行為 (該当するものにチェック)

- 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)

(2) 身体拘束の実施に係る3つの要件 (切迫性・非代替性・一時性) に該当していること、およびその記録 (あり なし)

(3) 本人および家族に対する説明

- ① 説明の方法 (口答のみ 文書のみ 口答と文書の両方)

② 説明の内容 (該当するものにチェック)

- 身体拘束の内容
- 目的
- 理由
- 拘束の時間帯および時間
- 実施する期間