

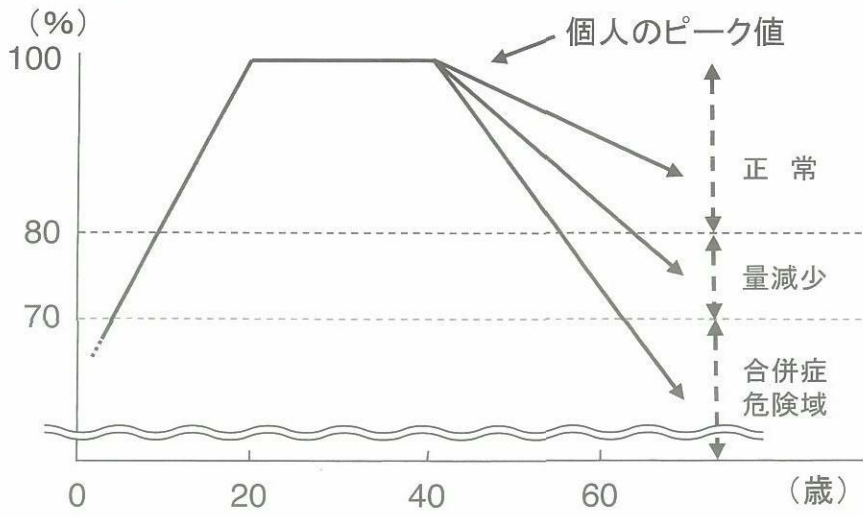
103

F

別

冊

ピーク値に対する量



## 入院時アセスメント用紙

患者 ID \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_歳 性別 男 女

主病名 \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_ 主治医 \_\_\_\_\_ 病棟 \_\_\_\_\_

担当看護師 \_\_\_\_\_

&lt;日常生活自立度&gt; \_\_\_\_\_

<6時間以上の全身麻酔下手術やベッド上安静を伴う検査の予定> 有 無

## 危険因子

点数

意識状態等	0	<input type="checkbox"/> 清明	
	1.5	<input type="checkbox"/> 片麻痺 <input type="checkbox"/> 下腿牽引	
	3.0	<input type="checkbox"/> 昏睡 <input type="checkbox"/> 脊髄損傷 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 重度末梢循環不全 <input type="checkbox"/> 鎮静	
病的骨突出	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 1.5 <input type="checkbox"/> 高度 3.0		
浮腫	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )		
拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )		
合計			

## その他の危険因子

ベッド上自力体位変換	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
坐位姿勢の保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
坐位姿勢での除圧	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
皮膚湿潤	多汗 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	便失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	尿失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
既往	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
皮膚の脆弱	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

記載日 2009年\_\_月\_\_日

