

褥瘡対策診療計画書(自立度+危険要因判定表)

報告日 年 月 日

担当看護師

1: 現在、褥瘡はありますか？

はい

いいえ

2: 過去の褥瘡瘢痕を認めますか？

はい

いいえ

3: 入院後歩行可能ですか？

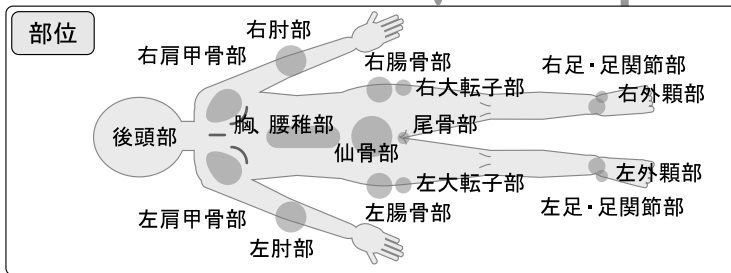
はい

いいえ

褥瘡発生(持ち込み)報告書記入
依頼表(主治医→形成外科医)
形成外科カルテとともに形成外来へ
危険要因判定経過表へ進む

看護計画で予防対策の
追加が必要です。

入院時褥瘡計画書は不要ですが
自立度に変化のある場合は再度
計画が必要です。



日常生活自立判定表 (自力で病室から出られない患者様が対象です)

B	1日中ベッド上で過ごす、座位は保てる。	
	B 1	車椅子に移乗し、食事排泄はベッドから離れて行く。
	B 2	介助により、車いすに移乗する。
C	日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。	
	C 1	自力で寝返りを打つ。
	C 2	自力で寝返りを打てない。

		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
日常生活自立度		B1・B2 C1・C2	AJ(歩行可能) B1・B2 C1・C2	AJ(歩行可能) B1・B2 C1・C2	AJ(歩行可能) B1・B2 C1・C2	AJ(歩行可能) B1・B2 C1・C2
OH スケール	自立能力	0・1.5・3点	0・1.5・3点	0・1.5・3点	0・1.5・3点	0・1.5・3点
	病的骨突出	0・1.5・3点	0・1.5・3点	0・1.5・3点	0・1.5・3点	0・1.5・3点
	浮腫	0・3点	0・3点	0・3点	0・3点	0・3点
	関節拘縮	0・1点	0・1点	0・1点	0・1点	0・1点
		合計 点	合計 点	合計 点	合計 点	合計 点
使用 マットレス	OH スケール ランク	高度	ピッグセル・アドバン	ピッグセル・アドバン	ピッグセル・アドバン	ピッグセル・アドバン
	中度	ユーロフレックス サーモントア・トライセル アルファプラ	ユーロフレックス サーモントア・トライセル アルファプラ	ユーロフレックス サーモントア・トライセル アルファプラ	ユーロフレックス サーモントア・トライセル アルファプラ	ユーロフレックス サーモントア・トライセル アルファプラ
	軽度	フィール	フィール	フィール	フィール	フィール
危険要因ランク		0無・1~3軽・4~6中・7~10高	無・軽・中・高	無・軽・中・高	無・軽・中・高	無・軽・中・高
仙骨部の体圧		mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
皮膚湿潤		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
栄養状態低下 (有の場合NSTへ)		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
判定理由 (理由に○)		入院時・手術検査時 経過1ヶ月・他	入院時・手術検査時 経過1ヶ月・他	入院時・手術検査時 経過1ヶ月・他	入院時・手術検査時 経過1ヶ月・他	入院時・手術検査時 経過1ヶ月・他
判定看護師サイン						

その他コメント

自立度B、C、褥瘡の有無のランクに合わせた看護計画を実施します。(別表参照)
皮膚湿潤が有る場合は除去する対策を行います。栄養状態低下がある場合は栄養対策を計画します。