

診療情報提供書

必要

紹介先医療機関名

担当医

科

殿

令和08年01月27日(火)

紹介元医療機関の所在地及び名称

岩国市立

美和病院

住所

岩国市美和町渋前1383番地1

電話番号

0827-96-1155

医師氏名

巢山 春香

印

|      |                  |       |     |
|------|------------------|-------|-----|
| 患者氏名 | 内科 3             | 性別    | (男) |
| 患者住所 | 東京都品川区上大崎        |       |     |
| 電話番号 |                  |       |     |
| 生年月日 | 昭和 15年 01月 01日 生 | (86歳) | 職業  |

|            |
|------------|
| 傷病名        |
| 紹介目的       |
| 既往歴及び家族歴   |
| 症状経過及び検査結果 |
| 現在の処方      |
| 備考         |

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。  
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。  
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

# 入院診療計画書

必要

(患者氏名) 内科 3

様

令和08年01月27日(火)

|                                                       |                                                                                                                                       |     |     |      |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|
| 病棟(病室)                                                |                                                                                                                                       |     |     |      |
| 主治医以外の担当者氏名                                           | 受け持ち<br>看護師                                                                                                                           | 薬剤師 | 栄養士 | リハビリ |
| 病名<br>(他に考え得る病名)                                      |                                                                                                                                       |     |     |      |
| 症状                                                    |                                                                                                                                       |     |     |      |
| 治療計画                                                  | 妥当と判断される場合、オンラインでの診療を行うこともあります(必要に応じ、<br>対面診療に切り替えます)。また、急性期治療が終わりましたら、リハビリなどの<br>ため、地域包括ケア病床(入院料が上がります)に転床となる場合があります。<br>予め、ご了承ください。 |     |     |      |
| 検査内容及び日程                                              |                                                                                                                                       |     |     |      |
| 手術内容及び日程                                              |                                                                                                                                       |     |     |      |
| 推定される入院期間                                             |                                                                                                                                       |     |     |      |
| 特別な栄養管理の必要性                                           | <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無                                                                                       |     |     |      |
| リハビリの有無                                               | <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無                                                                                       |     |     |      |
| その他<br><br>・看護計画<br>・リハビリテーション等の<br>計画<br>・退院に向けた支援計画 | (サイン: )                                                                                                                               |     |     |      |

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後、検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) 巢山 春香

印

説明日

(患者・家族氏名)

(続柄: )

岩国市立美和病院

## 転倒・転落予防のための看護計画書・同意書

内科 3 様

## &lt;転倒・転落危険性&gt;

- |                                                |                                             |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 70歳以上                 | <input type="checkbox"/> 過去、入院中に転倒転落したことがある |
| <input type="checkbox"/> 病状・日常生活動作が急速に悪化している状態 | <input type="checkbox"/> 記憶力・判断力が低下している     |
| <input type="checkbox"/> 支えがなければ、立つことが難しい      | <input type="checkbox"/> 薬（睡眠薬・麻薬など）を服用している |
| <input type="checkbox"/> 救急入院である               | <input type="checkbox"/> 検査を控えている           |
| <input type="checkbox"/> 該当なし                  |                                             |

入院生活では、住み慣れた環境からの変化に加え、病気やけがや治療で体力や認識力・理解力の低下が起こることがあります。それにより転んだり、ベッドから転落する危険があります。このような危険を予防し安全な入院生活を送っていただくように環境を整えて対応させていただきます。

万が一転倒・転落が起こった場合や夜間でもご家族に連絡させていただくことがありますのでご了承ください。

目標： 入院中転倒・転落を起こさず安全に過ごせる

看護計画： 環境を整えます。  
ベッドの高さを調整します。  
ポータブルトイレをお使いの場合は、ベッドの側に設置します。  
歩行が不安な方はトイレ等の移動時に病棟職員が介助・同行しますのでナースコールを押してください。  
転倒・転落の危険がある場合は状況に応じて、身体を動かすとナースコールが鳴るセンサーを設置します。その際は再度ご説明させていただきます。

## 患者様への注意点

履物は履きやすく、脱げにくく、滑りにくいものが転倒予防に有効です。  
眼鏡や補聴器、杖は愛用のものをお持ちください。  
昼間寝ると夜間眠れなくなります。なるべく起きてるようにしましょう。

患者様が安全・安楽に入院生活を送ることができるよう職員全員で看護させていただきます。

令和 年 月 日

説明者 \_\_\_\_\_

同意者氏名 \_\_\_\_\_

氏名 内科 3 殿 男 病棟 テスト病棟 計画作成日 令和08年01月27日(火)

昭和 15年 01月 01日 生 ( 86 歳) 記入医師名 記入看護師名

褥瘡の有無 1. 現在 ☐ なし ☐ あり ( ☐ 仙骨部 ☐ 坐骨部 ☐ 尾骨部 ☐ 腸骨部 ☐ 大転子部 ☐ 踵部 ( ☐ その他 ( ) )

2. 過去 ☐ なし ☐ あり ( ☐ 仙骨部 ☐ 坐骨部 ☐ 尾骨部 ☐ 腸骨部 ☐ 大転子部 ☐ 踵部 ( ☐ その他 ( ) )

褥瘡発生日 年 月 日

&lt;日常生活自立度の低い入院患者&gt;

| 日常生活自立度                                    | J ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ) | A ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ) | B ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ) | C ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ) | 対処                                  |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| ・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換)<br>(イス上 坐位姿勢の保持、除圧) | <input type="radio"/> できる<br><input type="radio"/> できない     | <input type="radio"/> できる<br><input type="radio"/> できない     | <input type="radio"/> できる<br><input type="radio"/> できない     | <input type="radio"/> できる<br><input type="radio"/> できない     | 「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する |
| ・病的骨突出                                     | <input type="radio"/> なし                                    | <input type="radio"/> なし                                    | <input type="radio"/> なし                                    | <input type="radio"/> なし                                    |                                     |
| ・関節拘縮                                      | <input type="radio"/> なし                                    | <input type="radio"/> なし                                    | <input type="radio"/> なし                                    | <input type="radio"/> なし                                    |                                     |
| ・栄養状態低下                                    | <input type="radio"/> なし                                    | <input type="radio"/> なし                                    | <input type="radio"/> なし                                    | <input type="radio"/> なし                                    |                                     |
| ・皮膚湿潤 (多汗、尿失禁、便失禁)                         | <input type="radio"/> なし                                    | <input type="radio"/> なし                                    | <input type="radio"/> なし                                    | <input type="radio"/> なし                                    |                                     |
| ・皮膚の脆弱性 (浮腫)                               | <input type="radio"/> なし                                    | <input type="radio"/> なし                                    | <input type="radio"/> なし                                    | <input type="radio"/> なし                                    |                                     |
| ・皮膚の脆弱性 (スキンケアの保有、既往)                      | <input type="radio"/> なし                                    | <input type="radio"/> なし                                    | <input type="radio"/> なし                                    | <input type="radio"/> なし                                    |                                     |

&lt;褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者&gt;

☐ DESIGN-R2020 褥瘡経過評価用を参照

両括弧内は点数(※1)

|                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 深さ                                                   | <input type="radio"/> (0) 皮膚損傷・発赤なし <input type="radio"/> (1) 持続する発赤 <input type="radio"/> (2) 真皮までの損傷<br><input type="radio"/> (3) 皮下組織までの損傷 <input type="radio"/> (4) 皮下組織をこえる損傷 <input type="radio"/> (5) 関節腔、体腔に至る損傷<br><input type="radio"/> (DTI) 深部損傷褥瘡(DTI)疑い(※2) <input type="radio"/> (U) 深さ判定が不能の場合 | 合計点 |
| 滲出液                                                  | <input type="radio"/> (0) なし <input type="radio"/> (1) 少量：毎日の交換を要しない <input type="radio"/> (3) 中等量：1日1回の交換<br><input type="radio"/> (6) 多量：1日2回以上の交換                                                                                                                                                           |     |
| 大きさ(cm2)<br>長径×長径に直交する最大径(持続する発赤の範囲も含む)              | <input type="radio"/> (0) 皮膚損傷なし <input type="radio"/> (3) 4未満 <input type="radio"/> (6) 4以上16未満 <input type="radio"/> (8) 16以上36未満<br><input type="radio"/> (9) 36以上64未満 <input type="radio"/> (12) 64以上100未満 <input type="radio"/> (15) 100以上                                                                |     |
| 炎症・感染                                                | <input type="radio"/> (0) 局所の炎症徴候なし <input type="radio"/> (1) 局所の炎症徴候あり(創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛)<br><input type="radio"/> (3C) (※3) 臨界的定着疑い(創面にぬめりがあり、滲出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など)<br><input type="radio"/> (3) (※3) 局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭) <input type="radio"/> (9) 全身的影響あり(発熱など)                                       |     |
| 肉芽形成<br>良性肉芽が占める割合                                   | <input type="radio"/> (0) 創が治癒した場合、創が浅い場合、深部損傷褥瘡(DTI)疑い(※2)<br><input type="radio"/> (1) 創面の90%以上を占める <input type="radio"/> (3) 創面の50%以上90%未満を占める<br><input type="radio"/> (4) 創面の10%以上50%未満を占める <input type="radio"/> (5) 創面の10%未満を占める<br><input type="radio"/> (6) 全く形成されていない                                |     |
| 壊死組織                                                 | <input type="radio"/> (0) なし <input type="radio"/> (3) 柔らかい壊死組織あり <input type="radio"/> (6) 硬く厚い密着した壊死組織あり                                                                                                                                                                                                     |     |
| ポケット (cm2)<br>潰瘍面も含めたポケット全周(ポケットの長径×長径に直交する最大径)÷潰瘍面積 | <input type="radio"/> (0) なし <input type="radio"/> (6) 4未満 <input type="radio"/> (9) 4以上16未満<br><input type="radio"/> (12) 16以上36未満 <input type="radio"/> (24) 36以上                                                                                                                                            |     |

※1 該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。ただし、深さの点数は加えないこと。

※2 深部損傷褥瘡(DTI)疑いは、視診・触診、補助データ(発熱経緯、血液検査、画像診断等)から判断する。

※3 「3C」あるいは「3」のいずれかを記載する。いずれの場合も点数は3点とする。

| 留意する項目                                     | 計画の内容       | <input type="checkbox"/> 看護記録の看護診断を参照 |
|--------------------------------------------|-------------|---------------------------------------|
| 圧迫、ズレ力の排除<br>(体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等) | ベッド上<br>イス上 |                                       |
| スキンケア                                      |             |                                       |
| 栄養状態改善                                     |             |                                       |
| リハビリテーション                                  |             |                                       |

【記載上の注意】 1 日常生活自立度の判定に当たっては「「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」

(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。

2 日常生活自立度がJ1～A2である患者については、当該評価票の作成を要しないものであること。

## 褥瘡対策に関する診療計画書（2）

氏名 内科 3 殿 男

昭和 15 年 01 月 01 日 生 （ 86 歳）

<薬学的管理に関する事項> ☐ 対応の必要無し

記入薬剤師

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

&lt;すでに褥瘡を有する患者&gt; 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

記入栄養管理士

|        |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                        |                                                          |
|--------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------|
| 栄養評価   | 評価日 年 月 日          |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                        |                                                          |
|        | 体重 kg (測定日 年 月 日 ) |                                                                                                                                                                                                                                                                        | BMI -kg/m <sup>2</sup> | 体重減少 ( <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ) |
|        | 身体所見               | 浮腫 ( <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 下肢 ) <input type="checkbox"/> 不明 )                                                                                             |                        |                                                          |
|        | 検査等<br>検査している場合に記載 | <input type="checkbox"/> 測定無し<br>Alb値 ( ) g/dL 測定日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 測定無し<br>Hb値 ( ) g/dL 測定日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 測定無し<br>CRP ( ) mg/dL 測定日 ( 年 月 日 )                                                                                  |                        |                                                          |
|        | 栄養補給法              | <input type="radio"/> 経口 <input type="radio"/> 経腸 ( <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 ) <input type="radio"/> 静脈           栄養補助食品の使用 ( <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ) |                        |                                                          |
| 栄養管理計画 |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                        |                                                          |

## [記載上の注意]

- 1 対応の必要がない項目の場合、☐にチェックを入れること。
- 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。

# 嚥下スクリーニングツール (EAT10)

必要

氏名 内科 3 男 86 歳 年 月 日

Q1 この3ヶ月の間に、飲み込みの問題が原因で、体重が減少しましたか？

- ☐ 体重は減少していない 0点
- ☐ よくわからない 1点
- ☐ この3ヶ月間で、0～1kg体重が減少した 2点
- ☐ この3ヶ月間で、1～3kg体重が減少した 3点
- ☐ この3ヶ月間で、3kg以上体重が減少した 4点

Q2 この3ヶ月の間に、飲み込みの問題が原因で、自宅や病院／施設での食事以外は食べたくないと思ったことはありますか？

- ☐ 全くそうは思わなかった 0点
- ☐ めったにそうは思わなかった 1点
- ☐ とくときそう思うことがあった 2点
- ☐ よくそう思った 3点
- ☐ いつもそう思った 4点

Q3 液体を飲み込む時に、余分な努力が必要だ

- ☐ 全くそうは感じないまたは、そういう問題はない 0点
- ☐ めったにそうは思わなかった 1点
- ☐ とくときそう思うことがあった 2点
- ☐ よくそう思った 3点
- ☐ いつもそう思った 4点

Q4 固形物を飲み込む時に余分な努力が必要だ

- ☐ 全くそうは感じないまたは、そういう問題はない 0点
- ☐ めったにそうは思わなかった 1点
- ☐ とくときそう思うことがあった 2点
- ☐ よくそう思った 3点
- ☐ いつもそう思った 4点

Q5 錠剤（じょうざい）を飲み込む時に余分な努力が必要だ

- ☐ 全くそうは感じないまたは、そういう問題はない 0点
- ☐ めったにそうは思わなかった 1点
- ☐ とくときそう思うことがあった 2点
- ☐ よくそう思った 3点
- ☐ いつもそう思った 4点

Q6 飲み込むことが苦痛だ

- ☐ 全くそうは感じないまたは、そういう問題はない 0点
- ☐ めったにそうは思わなかった 1点
- ☐ ときどきそう思うことがあった 2点
- ☐ よくそう思った 3点
- ☐ いつもそう思った 4点

Q7 食べる喜びが飲み込みによって影響を受けている

- ☐ 全くそうは感じないまたは、そういう問題はない 0点
- ☐ めったにそうは思わなかった 1点
- ☐ ときどきそう思うことがあった 2点
- ☐ よくそう思った 3点
- ☐ いつもそう思った 4点

Q8 飲み込む時に、食べ物がのどに引っかかる

- ☐ 全くそうは感じないまたは、そういう問題はない 0点
- ☐ めったにそうは思わなかった 1点
- ☐ ときどきそう思うことがあった 2点
- ☐ よくそう思った 3点
- ☐ いつもそう思った 4点

Q9 食べる時に咳（せき）が出る

- ☐ 全く出ない 0点
- ☐ めったに出ない 1点
- ☐ ときどき出ることがある 2点
- ☐ よく出る 3点
- ☐ いつも出る 4点

Q10 飲み込むことはストレスが多い

- ☐ 全くそうは感じないまたは、そういう問題はない 0点
- ☐ めったにそうは思わなかった 1点
- ☐ ときどきそう思うことがあった 2点
- ☐ よくそう思った 3点
- ☐ いつもそう思った 4点

採点

上記の点数を足して合計点数を口の中に記入してください。

合計点数

|  |
|--|
|  |
|--|

\* 合計点数が3点以上の場合、嚥下の効率や安全性について専門医に相談することをお勧めします。

カルテ番号 ( 0000099979 )

記録者:

患者氏名 ( 内科 3 )

月日:

| Depth *1 深さ 創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと対応の深さとして評価する                                                                                            |                                                           |   |                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------|
| d                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> 0. 皮膚損傷・発赤なし                        | D | <input type="radio"/> 3. 皮下組織までの損傷                                       |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 1. 持続する発赤                           |   | <input type="radio"/> 4. 皮下組織を超える損傷                                      |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 2. 真皮までの損傷                          |   | <input type="radio"/> 5. 関節腔、体腔に至る損傷                                     |
|                                                                                                                                                      |                                                           |   | <input type="radio"/> DTI: 深部損傷褥瘡(DTI)疑い *2                              |
|                                                                                                                                                      |                                                           |   | <input type="radio"/> U. 壊死組織で覆われ深さの判定が不能                                |
| Exudate 滲出液                                                                                                                                          |                                                           |   |                                                                          |
| e                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> 0. なし                               | E | <input type="radio"/> 6. 多量: 1日2回以上のドレッシング交換を要する                         |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 1. 少量: 毎日のドレッシング交換を要しない             |   |                                                                          |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 3. 中等量: 1日1回のドレッシング交換を要する           |   |                                                                          |
| Size 大きさ 皮膚損傷範囲を測定: [長径 (cm) ×短径 *3 (cm) *4]                                                                                                         |                                                           |   |                                                                          |
| s                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> 0. 皮膚損傷なし                           | S | <input type="radio"/> 15. 100以上                                          |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 3. 4未満                              |   |                                                                          |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 6. 4以上 16未満                         |   |                                                                          |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 8. 16以上 36未満                        |   |                                                                          |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 9. 36以上 64未満                        |   |                                                                          |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 12. 64以上 100未満                      |   |                                                                          |
|                                                                                                                                                      |                                                           |   |                                                                          |
| Inflammation/Infection 炎症/感染                                                                                                                         |                                                           |   |                                                                          |
| i                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> 0. 局所の炎症徴候なし                        | I | *5<br><input type="radio"/> 30. 臨界的定着疑い(創面にぬめりがあり滲出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など) |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 1. 局所の炎症徴候あり<br>(創周囲の発赤、腫脹、熱感、疼痛)   |   | *5<br><input type="radio"/> 3. 局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭など)                |
|                                                                                                                                                      |                                                           |   | <input type="radio"/> 9. 全身的影響あり(発熱など)                                   |
| Granulation 肉芽組織                                                                                                                                     |                                                           |   |                                                                          |
| g                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> 0. 創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡(DTI)疑いの場合 | G | <input type="radio"/> 4. 良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める                          |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 1. 良性肉芽が創面の90%以上を占める                |   | <input type="radio"/> 5. 良性肉芽が創面の10%未満を占める                               |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 3. 良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める           |   | <input type="radio"/> 6. 良性肉芽が全く形成されていない                                 |
| Necrotic tissue 壊死組織 混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する                                                                                                       |                                                           |   |                                                                          |
| n                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> 0. 壊死組織なし                           | N | <input type="radio"/> 3. 柔らかい壊死組織あり                                      |
|                                                                                                                                                      |                                                           |   | <input type="radio"/> 6. 硬く厚い密着した壊死組織あり                                  |
| Pocket ポケット 毎回同じ体位で、ポケット全周(潰瘍面も含め)<br>[長径 (cm) ×短径 *3 (cm) *4] から潰瘍の大きさを差し引いたもの                                                                      |                                                           |   |                                                                          |
| p                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> 0. ポケットなし                           | P | <input type="radio"/> 6. 4未満                                             |
|                                                                                                                                                      |                                                           |   | <input type="radio"/> 9. 4以上16未満                                         |
|                                                                                                                                                      |                                                           |   | <input type="radio"/> 12. 16以上36未満                                       |
|                                                                                                                                                      |                                                           |   | <input type="radio"/> 24. 36以上                                           |
| 部位 <input type="checkbox"/> 仙骨部 <input type="checkbox"/> 坐骨部 <input type="checkbox"/> 大転子部 <input type="checkbox"/> 踵骨部 <input type="checkbox"/> その他 |                                                           |   | 合計 *1                                                                    |

\*1 深さ (Depth: d/D) の点数は合計には加えない

\*2 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いは、視診・触診、補助データ (発生経緯、血液検査、画像診断等) から判断する

\*3 “短径”とは“長径と直交する最大径”である

\*4 持続する発赤の場合も皮膚損傷に準じて評価する

\*5 「30」あるいは「3」のいずれかを記載する。いずれの場合も点数は3点とする

## 褥瘡経過表

必要

患者名 内科 3

様

☐ 持込 ☐ 新規

部位

|                     |                           |                           |                           |
|---------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 評価日                 |                           |                           |                           |
| 写真                  |                           |                           |                           |
| サイズ                 | 長径(      cm)×短径(      cm) | 長径(      cm)×短径(      cm) | 長径(      cm)×短径(      cm) |
| DESIGN<br>R<br>2020 | D                         | d      D                  | d      D                  |
|                     | E                         | e      E                  | e      E                  |
|                     | S                         | s      S                  | s      S                  |
|                     | I                         | i      I                  | i      I                  |
|                     | G                         | g      G                  | g      G                  |
|                     | N                         | n      N                  | n      N                  |
|                     | P                         | p      P                  | p      P                  |
|                     | 合計                        |                           |                           |
| 処置                  |                           |                           |                           |
| 看護記録                |                           |                           |                           |
| 評価                  |                           |                           |                           |
| 専任医師名               |                           |                           |                           |
| 専任看護師名              |                           |                           |                           |

カルテ番号 ( 0000099979 )

記録者:

患者氏名 ( 内科 3 )

月日:

|                                                                                                                                                      |                                                               |   |                                                                          |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------|----------|
| Depth *1 深さ 創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相応の深さとして評価する                                                                                            |                                                               |   |                                                                          |          |
| d                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> 0. 皮膚損傷・発赤なし                            | D | <input type="radio"/> 3. 皮下組織までの損傷                                       | d        |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 1. 持続する発赤                               |   | <input type="radio"/> 4. 皮下組織を超える損傷                                      | D        |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 2. 真皮までの損傷                              |   | <input type="radio"/> 5. 関節腔、体腔に至る損傷                                     |          |
|                                                                                                                                                      |                                                               |   | <input type="radio"/> DTI: 深部損傷褥瘡(DTI)疑い *2                              |          |
|                                                                                                                                                      |                                                               |   | <input type="radio"/> U. 壊死組織で覆われ深さの判定が不能                                |          |
| Exudate 滲出液                                                                                                                                          |                                                               |   |                                                                          |          |
| e                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> 0. なし                                   | E | <input type="radio"/> 6. 多量: 1日2回以上のドレッシング交換を要する                         | e        |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 1. 少量: 毎日のドレッシング交換を要しない                 |   |                                                                          | E        |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 3. 中等量: 1日1回のドレッシング交換を要する               |   |                                                                          |          |
| Size 大きさ 皮膚損傷範囲を測定: [長径 (cm) ×短径 *3 (cm) *4]                                                                                                         |                                                               |   |                                                                          |          |
| s                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> 0. 皮膚損傷なし                               | S | <input type="radio"/> 15. 100以上                                          | s        |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 3. 4未満                                  |   |                                                                          | S        |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 6. 4以上 16未満                             |   |                                                                          |          |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 8. 16以上 36未満                            |   |                                                                          |          |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 9. 36以上 64未満                            |   |                                                                          |          |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 12. 64以上 100未満                          |   |                                                                          |          |
| Inflammation/Infection 炎症/感染                                                                                                                         |                                                               |   |                                                                          |          |
| i                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> 0. 局所の炎症徴候なし                            | I | *5<br><input type="radio"/> 30. 臨界的定着疑い(創面にぬめりがあり滲出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など) | i        |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 1. 局所の炎症徴候あり<br>(創周囲の発赤、腫脹、熱感、疼痛)       |   | *5<br><input type="radio"/> 3. 局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭など)                | I        |
|                                                                                                                                                      |                                                               |   | <input type="radio"/> 9. 全身的影響あり(発熱など)                                   |          |
| Granulation 肉芽組織                                                                                                                                     |                                                               |   |                                                                          |          |
| g                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> 0. 創が治癒した場合、創の浅い場合、<br>深部損傷褥瘡(DTI)疑いの場合 | G | <input type="radio"/> 4. 良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める                          | g        |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 1. 良性肉芽が創面の90%以上を占める                    |   | <input type="radio"/> 5. 良性肉芽が創面の10%未満を占める                               | G        |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 3. 良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める               |   | <input type="radio"/> 6. 良性肉芽が全く形成されていない                                 |          |
| Necrotic tissue 壊死組織 混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する                                                                                                       |                                                               |   |                                                                          | n        |
| n                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> 0. 壊死組織なし                               | N | <input type="radio"/> 3. 柔らかい壊死組織あり                                      | N        |
|                                                                                                                                                      |                                                               |   | <input type="radio"/> 6. 硬く厚い密着した壊死組織あり                                  |          |
| Pocket ポケット 毎回同じ体位で、ポケット全周(潰瘍面も含め)<br>[長径 (cm) ×短径 *3 (cm) ] から潰瘍の大きさを差し引いたもの                                                                        |                                                               |   |                                                                          |          |
| p                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> 0. ポケットなし                               | P | <input type="radio"/> 6. 4未満                                             | p        |
|                                                                                                                                                      |                                                               |   | <input type="radio"/> 9. 4以上16未満                                         |          |
|                                                                                                                                                      |                                                               |   | <input type="radio"/> 12. 16以上36未満                                       | P        |
|                                                                                                                                                      |                                                               |   | <input type="radio"/> 24. 36以上                                           |          |
| 部位 <input type="checkbox"/> 仙骨部 <input type="checkbox"/> 坐骨部 <input type="checkbox"/> 大転子部 <input type="checkbox"/> 踵骨部 <input type="checkbox"/> その他 |                                                               |   |                                                                          | *1<br>合計 |

\*1 深さ (Depth: d/D) の点数は合計には加えない

\*2 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いは、視診・触診・補助データ (発生経緯、血液検査、画像診断等) から判断する

\*3 “短径”とは“長径と直交する最大径”である

\*4 持続する発赤の場合も皮膚損傷に準じて評価する

\*5 「30」あるいは「3」のいずれかを記載する。いずれの場合も点数は3点とする

カルテ番号 ( 0000099979 )

記録者:

患者氏名 ( 内科 3 )

月日:

| Depth *1 深さ 創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相応の深さとして評価する                                                                                            |                                                           |   |                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------|
| d                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> 0. 皮膚損傷・発赤なし                        | D | <input type="radio"/> 3. 皮下組織までの損傷                                    |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 1. 持続する発赤                           |   | <input type="radio"/> 4. 皮下組織を超える損傷                                   |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 2. 真皮までの損傷                          |   | <input type="radio"/> 5. 関節腔、体腔に至る損傷                                  |
|                                                                                                                                                      |                                                           |   | <input type="radio"/> DTI. 深部損傷褥瘡(DTI)疑い *2                           |
|                                                                                                                                                      |                                                           |   | <input type="radio"/> U. 壊死組織で覆われ深さの判定が不能                             |
| Exudate 滲出液                                                                                                                                          |                                                           |   |                                                                       |
| e                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> 0. なし                               | E | <input type="radio"/> 6. 多量: 1日2回以上のドレッシング交換を要する                      |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 1. 少量: 毎日のドレッシング交換を要しない             |   |                                                                       |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 3. 中等量: 1日1回のドレッシング交換を要する           |   |                                                                       |
| Size 大きさ 皮膚損傷範囲を測定: [長径 (cm) ×短径 *3 (cm) *4]                                                                                                         |                                                           |   |                                                                       |
| s                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> 0. 皮膚損傷なし                           | S | <input type="radio"/> 15. 100以上                                       |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 3. 4未満                              |   |                                                                       |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 6. 4以上 16未満                         |   |                                                                       |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 8. 16以上 36未満                        |   |                                                                       |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 9. 36以上 64未満                        |   |                                                                       |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 12. 64以上 100未満                      |   |                                                                       |
| Inflammation/Infection 炎症/感染                                                                                                                         |                                                           |   |                                                                       |
| i                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> 0. 局所の炎症徴候なし                        | I | <input type="radio"/> *5 30. 臨界的定着疑い(創面にぬめりがあり滲出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など) |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 1. 局所の炎症徴候あり<br>(創周囲の発赤、腫脹、熱感、疼痛)   |   | <input type="radio"/> *5 3. 局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭など)                |
|                                                                                                                                                      |                                                           |   | <input type="radio"/> 9. 全身的影響あり(発熱など)                                |
| Granulation 肉芽組織                                                                                                                                     |                                                           |   |                                                                       |
| g                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> 0. 創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡(DTI)疑いの場合 | G | <input type="radio"/> 4. 良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める                       |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 1. 良性肉芽が創面の90%以上を占める                |   | <input type="radio"/> 5. 良性肉芽が創面の10%未満を占める                            |
|                                                                                                                                                      | <input type="radio"/> 3. 良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める           |   | <input type="radio"/> 6. 良性肉芽が全く形成されていない                              |
| Necrotic tissue 壊死組織 混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する                                                                                                       |                                                           |   |                                                                       |
| n                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> 0. 壊死組織なし                           | N | <input type="radio"/> 3. 柔らかい壊死組織あり                                   |
|                                                                                                                                                      |                                                           |   | <input type="radio"/> 6. 硬く厚い密着した壊死組織あり                               |
| Pocket ポケット 毎回同じ体位で、ポケット全周(潰瘍面も含め)<br>[長径 (cm) ×短径 *3 (cm) *4] から潰瘍の大きさを差し引いたもの                                                                      |                                                           |   |                                                                       |
| p                                                                                                                                                    | <input type="radio"/> 0. ポケットなし                           | P | <input type="radio"/> 6. 4未満                                          |
|                                                                                                                                                      |                                                           |   | <input type="radio"/> 9. 4以上16未満                                      |
|                                                                                                                                                      |                                                           |   | <input type="radio"/> 12. 16以上36未満                                    |
|                                                                                                                                                      |                                                           |   | <input type="radio"/> 24. 36以上                                        |
| 部位 <input type="checkbox"/> 仙骨部 <input type="checkbox"/> 坐骨部 <input type="checkbox"/> 大転子部 <input type="checkbox"/> 踵骨部 <input type="checkbox"/> その他 |                                                           |   | 合計 *1                                                                 |

\*1 深さ (Depth: d/D) の点数は合計には加えない  
 \*2 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いは、視診・触診・補助データ (発生経緯、血液検査、画像診断等) から判断する  
 \*3 "短径" とは "長径と直交する最大径" である  
 \*4 持続する発赤の場合も皮膚損傷に準じて評価する  
 \*5 「30」あるいは「3」のいずれかを記載する。いずれの場合も点数は3点とする

患者管理  
必要

看護情報を提供します。

☐ 基本情報      ☐ 医療情報      ☐ 自立度情報

患者名                  内科    3

宛先

ご担当者名

医療機関名 岩国市立美和病院

担当者名

責任者名

電話番号： 0827-96-1155

FAX： 0827-96-1157

記入日                  令和          年          月          日

情報提供日          令和          年          月          日

宜しく申し上げます。

① 基本情報 (わかる範囲で記入)

|      |                  |      |          |              |        |
|------|------------------|------|----------|--------------|--------|
| 氏名   | 内科 3             | 男    | 岩国市立美和病院 |              | 記載者    |
| 生年月日 | 昭和 15年 01月 01日 生 | 86 歳 | 電話       | 0827-96-1155 |        |
| 住所   | 東京都品川区上大崎        |      | Fax      | 0827-96-1157 | 責任者    |
|      |                  |      | 記入日      | 日付を選択        |        |
|      |                  |      | (自宅電話)   |              | (携帯電話) |

|      |                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                 |    |                               |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------|
| 介護保険 | 被保険者番号                                                                                                                                                    |  | 負担割合                                                                                                            | 割  | <input type="checkbox"/> 給付制限 |
|      | <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 総合事業 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) |  | 担当                                                                                                              | 居宅 |                               |
|      | 有効期限                                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> 標準負担限度額適応                                                                              |    |                               |
| 医療保険 | <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員             |  | <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 角福 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 特定 |    |                               |
| 福祉制度 | <input type="checkbox"/> 身障手帳                                                                                                                             |  | <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 生活保護 担当:                                                   |    |                               |
|      | <input type="checkbox"/> 特定疾病                                                                                                                             |  | <input type="checkbox"/> 精神障害手帳 <input type="checkbox"/> 他                                                      |    |                               |

|     |                                                                                                                                                   |  |  |  |    |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----|
| 収入  | <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> その他                                                          |  |  |  |    |
| 職歴  |                                                                                                                                                   |  |  |  | 趣味 |
| 住環境 | <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> その他 |  |  |  |    |

|     |  |  |       |  |  |
|-----|--|--|-------|--|--|
| 疾患名 |  |  | 既往歴   |  |  |
| 感染症 |  |  | アレルギー |  |  |

|         |    |  |    |    |      |
|---------|----|--|----|----|------|
| 担当までの経緯 |    |  |    |    |      |
| 連絡先     | 氏名 |  | 続柄 | 住所 | 電話番号 |
|         |    |  |    |    |      |
|         |    |  |    |    |      |
| キーパーソン◎ |    |  |    |    |      |
| 地域支援者   |    |  |    |    |      |

|      |                                                                                               |  |      |    |    |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|----|----|
| 世帯状況 | <input type="checkbox"/> ひとり<br><input type="checkbox"/> 高齢者のみ<br><input type="checkbox"/> 同居 |  | 氏名   | 続柄 | 特記 |
|      |                                                                                               |  |      |    |    |
|      |                                                                                               |  |      |    |    |
|      |                                                                                               |  |      |    |    |
|      |                                                                                               |  |      |    |    |
|      |                                                                                               |  | 介護状況 |    |    |

|        |     |      |       |                                                                                                                                                                                     |      |
|--------|-----|------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| かかりつけ医 |     |      | 医師名   |                                                                                                                                                                                     | 担当薬局 |
| 主疾患    |     |      | 受診頻度  |                                                                                                                                                                                     |      |
| 症状     |     |      | 受診方法  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族付 <input type="checkbox"/> 訪問診療                                                                                              |      |
| 治療内容   |     |      | 在宅薬情報 | <input type="checkbox"/> シート <input type="checkbox"/> 分包 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 本人管理<br><input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> 処方箋参照 |      |
| 他医療機関  | 疾患名 | 医療機関 | 頻度    | 主な治療                                                                                                                                                                                |      |
|        |     |      |       |                                                                                                                                                                                     |      |
|        |     |      |       |                                                                                                                                                                                     |      |
|        |     |      |       |                                                                                                                                                                                     |      |

② 医療情報 (わかる範囲で記入)

|                             |                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                                                                   |                                                                                                                  |            |            |       |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-------|
| 氏名                          | 内科 3                                                                                                                                                                                            |                                                          | 岩国市立美和病院                                                                                                          |                                                                                                                  | 記載者        |            |       |
|                             |                                                                                                                                                                                                 |                                                          | 記入日                                                                                                               | 日付を選択                                                                                                            |            |            |       |
| 入院日                         | 日付を選択                                                                                                                                                                                           |                                                          | <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝台 <input type="checkbox"/> 救急車 | 担当医                                                                                                              |            |            |       |
| 入院予定日                       | 日付を選択                                                                                                                                                                                           |                                                          | <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝台 <input type="checkbox"/> 救急車 | 専科                                                                                                               |            |            |       |
| 入院主病名                       |                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                                                                   | 主な治療                                                                                                             |            |            |       |
| 入院までの経緯                     |                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                                                                   |                                                                                                                  |            |            |       |
| 入院中の経過                      |                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                                                                   |                                                                                                                  |            |            |       |
| 身体状況                        | <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 |                                                          | <input type="checkbox"/> 嚥下障害                                                                                     | <input type="checkbox"/> その他                                                                                     |            |            |       |
|                             | <input type="checkbox"/> 拘縮 部位：                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 筋力低下                                                                                    | 身長 (cm)( ) | 体重 (kg)( ) |       |
| 精神状況                        | <input type="checkbox"/> 問題あり                                                                                                                                                                   |                                                          |                                                                                                                   |                                                                                                                  |            |            |       |
| 直近バイタル                      | 血圧         体温         脈拍         SPO2：                                                                                                                                                          |                                                          |                                                                                                                   |                                                                                                                  |            |            |       |
|                             | 【特記】                                                                                                                                                                                            |                                                          |                                                                                                                   |                                                                                                                  |            |            |       |
| 内服薬                         | <input type="checkbox"/> シート <input type="checkbox"/> 分包 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 本人管理 <input type="checkbox"/> 看護師管理 <input type="checkbox"/> 薬剤情報（処方箋）参照         |                                                          |                                                                                                                   |                                                                                                                  |            |            |       |
| 栄養                          | <input type="checkbox"/> 経口                                                                                                                                                                     | 食事形態                                                     | <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 他                                                           |                                                                                                                  |            |            |       |
|                             |                                                                                                                                                                                                 | 制限食                                                      | <input type="checkbox"/> 有                                                                                        |                                                                                                                  |            |            |       |
|                             | <input type="checkbox"/> 胃瘻                                                                                                                                                                     | タイプ                                                      | <input type="checkbox"/> バルーン式                                                                                    | (水                                                                                                               | m l)       | 最終交換日      | 日付を選択 |
|                             |                                                                                                                                                                                                 |                                                          | <input type="checkbox"/> ボタン式                                                                                     | 商品名                                                                                                              |            | 次回         | 日付を選択 |
|                             | <input type="checkbox"/> 腸瘻                                                                                                                                                                     | 栄養剤                                                      |                                                                                                                   | 手技                                                                                                               |            |            |       |
|                             | <input type="checkbox"/> IVH                                                                                                                                                                    | 確保位置                                                     | <input type="checkbox"/> ポート                                                                                      | 滴下量                                                                                                              |            | 交換時間       |       |
|                             |                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                                                                   |                                                                                                                  | ルート交換日     | 日付を選択      |       |
| 排泄                          | 最終排便                                                                                                                                                                                            | 日付を選択                                                    | 処置                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 緩下剤 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 摘便 |            |            |       |
|                             | 排便パターン                                                                                                                                                                                          |                                                          |                                                                                                                   |                                                                                                                  |            |            |       |
|                             | <input type="checkbox"/> 留置カテーテル(水                                                                                                                                                              | m l)                                                     | Fr                                                                                                                | 最終交換日                                                                                                            | 日付を選択      | 次回         | 日付を選択 |
|                             | <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 腸 <input type="checkbox"/> ウロ                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 |                                                                                                                   |                                                                                                                  |            |            |       |
| 皮膚トラブル                      | <input type="checkbox"/> 褥瘡あり 部位： <input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                  |                                                          |                                                                                                                   | 処置                                                                                                               |            |            |       |
| 処置内容                        | <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> その他                                                                                                          |                                                          |                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> リハビリ                                                                                    |            |            |       |
| 特記事項<br>理解度<br>医師説明<br>問題点等 |                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                                                                   |                                                                                                                  |            |            |       |

### ③ 生活自立度情報 (わかる範囲で記入)

|          |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                             |                                                                                                                                                                                                              |       |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 氏名       | 内科 3                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                             | 岩国市立美和病院              |                             | 記入者                                                                                                                                                                                                          |       |
|          |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             | 記入日                   | 日付を選択                       |                                                                                                                                                                                                              |       |
| 自立度      | 寝たきり度                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 |                       |                             |                                                                                                                                                                                                              |       |
|          | 認知度                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M                         |                       |                             | 判定日                                                                                                                                                                                                          | 日付を選択 |
|          |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                             | 意見書医                                                                                                                                                                                                         | 医師    |
| 身体状況     | <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 麻痺                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                             |                       | <input type="checkbox"/> 拘縮 |                                                                                                                                                                                                              |       |
| 認知・精神    | <input type="checkbox"/> 問題あり                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                             |                                                                                                                                                                                                              |       |
| 意思伝達     | <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> できたりできなかったり <input type="checkbox"/> できない                             |                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                             |                                                                                                                                                                                                              |       |
| 聴力       | <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 大声ならわかる <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用 |                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                             |                                                                                                                                                                                                              |       |
| 視力       | <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 形はわかる <input type="checkbox"/> ほとんど見えない                               |                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                             |                                                                                                                                                                                                              |       |
| ADL      | 自立                                                                                                                           | 見守り                                                                                                                                                                                                                                                         | 一部介助                  | 全介助                         | 詳細                                                                                                                                                                                                           | 特記事項  |
| 起き上がり    | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 何かにつかまる <input type="checkbox"/> 不能                                                                                        |       |
| 立ち上がり    | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="checkbox"/> 何かにつかまる <input type="checkbox"/> 不能                                                                                                                                                 |       |
| 寝がえり     | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="checkbox"/> 何かにつかまる <input type="checkbox"/> 不能                                                                                                                                                 |       |
| 座位       | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> 不能                                                                                                                                                   |       |
| 移動       | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="checkbox"/> 補助具歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝台                                                                                                                      |       |
| 移乗       | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="checkbox"/> 何かにつかまる                                                                                                                                                                             |       |
| 食事       | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                                     |       |
| 更衣       | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       |                                                                                                                                                                                                              |       |
| 排尿       | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="checkbox"/> 尿意あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 |       |
| 排便       | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="checkbox"/> 便意あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ                             |       |
| 入浴       | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> 清拭                                                                                          |       |
| 歯磨き      | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 総義歯                                                                                                                                                   |       |
| 洗顔       | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       |                                                                                                                                                                                                              |       |
| 整髪       | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       |                                                                                                                                                                                                              |       |
| 爪切り      | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       |                                                                                                                                                                                                              |       |
| I ADL    |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                             |                                                                                                                                                                                                              |       |
| 掃除       | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー                                                                                                                                                    |       |
| 調理       | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー                                                                                                                                                    |       |
| 洗濯       | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー                                                                                                                                                    |       |
| 買物       | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー                                                                                                                                                    |       |
| 電話       | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       |                                                                                                                                                                                                              |       |
| 服薬       | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="checkbox"/> 本人管理 <input type="checkbox"/> 家族管理                                                                                                                                                  |       |
| 外出       | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー                                                                                                                                                    |       |
| 金銭管理     | <input type="radio"/>                                                                                                        | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="checkbox"/> 家族 ( )                                                                                                                                                                              |       |
| 主な利用サービス | <input type="checkbox"/> 通所系<br><input type="checkbox"/> 訪問介護<br><input type="checkbox"/> 訪問看護                               |                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                             | <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与<br><input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                              |       |
| 特記事項     |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                             |                                                                                                                                                                                                              |       |
| 社会活動     | <input type="checkbox"/> あり                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                             | 自治会名<br>民生委員                                                                                                                                                                                                 |       |

内科 3 様

アドネー  
必要

入院日 日付を選択

内科 3 様

主治医 医師名選択 担当看護師

内科 3 様

内科 3 様

内科 3 様