

看護情報提供書

様

お世話になります。下記の患者様について看護の情報を提供いたします。

フリガナ レンジュ 柳サヤノ 氏名 練習 放射線 1		男	主たる病名 【病名取得が可能】	
生年月日 昭和 25年 12月 25日 生		既往歴 【病名取得が可能】		
住所 山口県岩国市錦町広瀬		入院期間 ~		
電話		主治医		
家族状況 + 家族歴を追加する		かかりつけ医		
		感染症	HBs (☐ + ☐ -) ☐ MRSA () ☐ 不明	
			☐ 未実施	
			最終検査日 日付を選択	
			検査部位 ()	
ワ氏 (☐ + ☐ -)			その他	
キーパーソン		アレルギー ☐ 有 () ☐ 無		
連絡先	① 氏名	続柄	介護保険情報 ☐ 要支援 ☐ 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 申請中 ☐ 申請未	
	自宅	携帯		
	② 氏名	続柄		
	自宅	携帯		
③ 氏名	続柄	居宅介護支援事業所		
自宅	携帯	事業所名		
入院中の看護の経過（訪問中の看護の経過）		電話		
		ケアマネジャー		
医師の説明		内服薬・点滴・その他 【カルテより病名取得が可能】		
転院・在宅療養上の本人・家族の希望		看護職からのメッセージ		

自立度	○ ランクJ ○ ランクA ○ ランクB ○ ランクC	
認知度	○ 正常 ○ I ○ II ○ III ○ IV ○ V	
	□ 徘徊 □ 暴言 □ 暴行 □ 不潔行為 □ 大声で叫ぶ □ その他 ()	
コミュニケーション	☐ 完全に通じる ☐ ある程度通じる ☐ ほとんど通じない ☐ 補聴器 ☐ 言語障害 () ☐ コミュニケーションの手段 () ☐ 聴覚障害 () ☐ 視覚障害 () ☐ 認知障害 ()	
移動	☐ 時間がかかっても介助なしで歩く ☐ 麻痺 (部位:) ☐ 手を貸してもらうなど一部介助を要す ☐ 全面的に介助を要す ☐ 補助具 ☐ 車椅子 (☐ 自走 ☐ 介助) ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ その他 ()	
食事	☐ やや時間がかかっても介助なしに食事する ☐ 義歯 (☐ 総義歯 ☐ 部分義歯) ☐ 一部介助 () ☐ 注入食 種類 () ☐ 全面介助 ☐ 注文食 種類 () 食事の形態 ☐ 米飯・軟飯 ☐ お粥 ☐ 刻み食 ☐ ベースト食 ☐ ミキサー食 ☐ 流動食 ☐ ゼリー食 ☐ 食種 () どこから ☐ 鼻腔 ☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻 チューブ等の 種類 () サイズ () 交換日 () 交換予定日 ()	
排泄	☐ やや時間がかかっても介助なしに1人で出来る ☐ 便座に座らせてもらうなど一部介助を要す ☐ 全面介助 ☐ ポータブルトイレ ☐ おむつ () 最終排便月日 () パターン () ☐ 緩下剤の使用 () ☐ 浣腸 ☐ 摘便 ☐ ストーマ (種類:) ☐ 膀胱留置カテーテル (種類:)	ドレーン・処置・装具・麻痺・褥瘡などの詳細
清潔	☐ 入浴 ☐ シャワー浴 ☐ 機械浴 ☐ 清拭 ☐ やや時間がかかっても介助なしに1人で出来る ☐ 一部介助 ☐ 全面介助	
更衣	☐ やや時間がかかっても介助なしに1人で出来る ☐ 袖を通してもらうなど一部介助が必要 ☐ 全面介助	
医療・療養状況	☐ IVH ☐ 気管カニューレ ☐ ドレーン ☐ CAPD ☐ 吸引 ☐ 在宅酸素療法 ☐ 人工呼吸器	身長 150 cm 体重 40 kg 現在

以上よろしく願いいたします。なお、ご不明な点があればご連絡をお願いいたします。

記載年月日 : 令和07年10月20日(月)

発信元施設名 : 岩国市立錦中央医院
〒740-0724

住所 : 岩国市錦町広瀬1072-1

電話 : 0827-72-2321

FAX : 0827-72-3361

病棟名 : 2F病棟

記載者 : マスタ管理者(放射線)

責任者 :

同意年月日 : 年 月 日

同意者サイン :
(連絡確認者)

退院支援計画書（様式2）

患者氏名 練習 放射線 1 様

主治医

入院日： 年 月 日

作成日： 令和07年10月20日(月)

変更日： 年 月 日

病名	【カルテより病名取得が可能】
キーパーソン	氏名 () 本人との関係
介護情報	要支援 (☐ 1 ☐ 2) 要介護 (☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5) ☐ 申請中 ☐ なし ☐ ケアマネ:
退院にかかる 問題点、課題等	【定型文の選択が可能】
本人・家族の希望	☐ 自宅 ☐ 自宅以外
支援概要	【定型文の選択が可能】
予想される退院先	【定型文の選択が可能】
退院後に利用が予想 される社会福祉 サービス等	【定型文の選択が可能】

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化に応じて変わりのものである。

(病棟退院支援計画担当者)

(退院調整部門退院支援計画担当者)

(本人又は家族)

退院時情報提供書 (様式3)

病院からケアマネへ

フリガナ 患者氏名	いしやう かつやん1 練習 放射線1				生年月日	昭和 25年 12月 25日 生		年齢	74 才		
住所	山口県岩国市錦町広瀬				性別	男					
連絡先①					電話番号						
入院日	年 月 日				連絡先②						
病院主治医					退院予定日	年 月 日					
感染症	☐ なし ☐ あり ()				在宅主治医						
既往歴	【カルテより病名取得が可能】				アレルギー	☐ なし ☐ あり ()					
入院中の経過					内服薬(内服・外用・点眼等)	【カルテより処方履歴が取得可能】					
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子						
移動方法	☐	☐	☐	☐	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ 装具・補助具						
移乗方法	☐	☐	☐	☐							
口腔清潔	☐	☐	☐	☐	義歯 ☐ なし ☐ あり						
食事	☐	☐	☐	☐	☐ 普通食 食事制限 ☐ なし ☐ あり () 主食: ☐ 米飯 ☐ 軟飯 ☐ お粥(分粥) ☐ ミキサー 副食: ☐ 常菜 ☐ 軟菜 ☐ (分菜) ☐ 粗刻み ☐ 刻み ☐ ミキサー トロミ: ☐ なし ☐ あり						
更衣	☐	☐	☐	☐							
入浴	☐	☐	☐	☐	入浴制限: ☐ なし ☐ あり ()						
排泄	☐	☐	☐	☐	尿意: ☐ なし ☐ あり 便意: ☐ なし ☐ あり 場所: ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ オムツ ☐ リハビリパンツ						
服薬管理	☐	☐	☐	☐							
医療処置	☐ 在宅酸素 ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃瘻 ☐ 自己注射 () ☐ 尿道カテーテル ☐ ストーマ ☐ 褥瘡 ☐ その他 ()										
療養上の問題	☐ なし ☐ あり ☐ 興奮 ☐ 不穏 ☐ 幻聴幻覚 ☐ 妄想 ☐ 暴力 ☐ 介護への抵抗 ☐ 不眠 ☐ 徘徊 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴力行為 ☐ 意思疎通困難										
コミュニケーション能力	視力: ☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難 眼鏡: ☐ なし ☐ あり 聴力: ☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難 補聴器: ☐ なし ☐ あり 言語: ☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難										
備考											

令和07年10月20日(月)

岩国市立錦中央医院

記入者

原田 昌彦

転倒・転落アセスメントシート

更新年月日 令和07年10月20日(月)

入院年月日 日付を選択

ID 9999900071

患者氏名 練習 放射線 1

男

年齢 74 歳

評価は入院時、入院3日目、1週間、2週間、2週ごとに記入（入院時はわかる範囲で記入すること）

ただし、転倒があった場合は再度アセスメントすること（日常生活自立度C2は除外とする）

分類	特 徴	スコア	患者評価					
			/	/	/	/	/	/
年 齢	70歳以上	2	☐	☐	☐	☐	☐	☐
転倒歴	転倒・転落したことがある（1ヶ月以内）	2	☐	☐	☐	☐	☐	☐
活動領域	足腰の弱り、筋力の低下がある	2 どれか 該当で	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	車椅子・杖・歩行器を使用している							
	ふらつきがある（バランスを崩しやすい）							
認識力	不穏行動がある	3 どれか 該当で	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	自立心が強い							
	理解力・記憶力の低下がある							
	何でもできると自分を過大評価する							
排泄	排泄時見守りが必要	2 どれか 該当で	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	排泄介助が必要							
	夜間トイレに行く							
薬剤使用	麻薬	各1点 ずつ 加算方式	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	抗うつ剤		☐	☐	☐	☐	☐	☐
	緩下剤		☐	☐	☐	☐	☐	☐
	睡眠安定剤		☐	☐	☐	☐	☐	☐
	降圧利尿剤		☐	☐	☐	☐	☐	☐
環境	環境の変化に慣れていない	2	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	点滴・酸素吸入をしている	2	☐	☐	☐	☐	☐	☐
評価スコアの合計		合計						
危険度Ⅰ(0～4点)転倒を起こす可能性がある 危険度Ⅱ(5～15点)転倒を起こしやすい 危険度Ⅲ(16点以上)転倒をよく起こす		危険度	○Ⅰ ○Ⅱ ○Ⅲ	○Ⅰ ○Ⅱ ○Ⅲ	○Ⅰ ○Ⅱ ○Ⅲ	○Ⅰ ○Ⅱ ○Ⅲ	○Ⅰ ○Ⅱ ○Ⅲ	○Ⅰ ○Ⅱ ○Ⅲ
		サイン						

転倒・転落対策チェックシート

更新年月日

令和07年10月20日(月)

入院年月日

日付を選択

ID 9999900071

患者氏名 練習 放射線 1

男

年齢 74 歳

1. チェックは入院時、3日、1週間、2週間、以後2週間ごとに記入
2. 必要と思われる項目はチェックする

* 但し、転倒があった場合は記入する

	危険度	対 策	チェック項目					
ベッド周囲の環境	I II III	ベッドの高さ・ストッパーの固定	/	/	/	/	/	/
		ベッドの棚の使用 (2・3・4)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		ナースコールは手の届く所に置く	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		ポータブルトイレは適切なところに置く	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		照明 (夜間点灯) を確保する	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		必要時T字バーを設置	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		床頭台のストッパーの固定	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		オーバーテーブルの整頓	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		コード類の整理・整頓	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		安全ベルト((抑制)の使用((説明と同意書))必要時抑制	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		抑制着着用 (不潔行為・ルート類の自己抜去の危険行為)、ミトン使用、手足の抑制	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		必要時ベッド柵をマジックテープで固定する	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		必要に応じベッド柵を壁づけにする	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		吸収マットの使用	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		離床時	I II III	履き慣れた靴、寝間着の袖丈、形態は適切にする	☐	☐	☐	☐
床の滑りに注意し水などは必ず拭く	☐			☐	☐	☐	☐	
車椅子安全ベルトの装着の確認、点検	☐			☐	☐	☐	☐	
歩行や、階段は手すりを使用することを説明、又は介助する。(歩行器・杖歩行時は付き添う)	☐			☐	☐	☐	☐	
トイレ	I II III	状態とADLに合わせて介助する (トイレ歩行/ベッドサイド/ベッド上/ストーマ)	☐	☐	☐	☐	☐	
		ナースコールを確認し使用方法を説明する	☐	☐	☐	☐	☐	
		照明の確保 (足元を明るく)	☐	☐	☐	☐	☐	
		患者側を離れない、側を離れる時は声をかける	☐	☐	☐	☐	☐	
センサー	II III	センサーマットの使用(スイッチ ON OFF の確認)	☐	☐	☐	☐	☐	
		徘徊センサーの使用	☐	☐	☐	☐	☐	
		体動センサーの使用 (スイッチ ON OFF)	☐	☐	☐	☐	☐	

☐ 退院前カンファレンス
☐ 入院時

☐ 介護支援連携指導 ☐ 退院時共同指導

開催日 令和07年10月20日(月)

患者氏名 練習 放射線1 様

参加メンバー

患者・家族: ☐ 本人 練習 放射線1 ☐ 家族

院内: ☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 連携室

院外: ☐ ケアマネ ☐

<協議内容>

1. 入院前・入院中の状態について

2. 日常生活の状態

医学的管理

生活管理

食事

排泄

清潔

移乗

移動

3. 退院後の希望、心配事

本人:

家族:

4. 退院後必要となるサービス

5. その他留意事項

6. 退院日時

☐ 午前 ☐ 午後

7. 退院後の受診日

8. 退院後の訪問日

記録者 マスタ管理者(放射線)

患者・家族の氏名

認知症アセスメントシート

患者ID: 9999900071 性別 男 作成年月日 令和07年10月20日(月)
 患者氏名 練習 放射線1 様 年齢 74 歳 入院年月日 日付を選択

* 意識レベルJCSⅡ-30以上はアセスメント不要

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	評価
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している		☐
II	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、だれかが注意していれば自立できる		☐
IIa	家庭外で上記IIの状態が見られる	時々道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等	☐
IIb	家庭内でも上記IIの状態が見られる	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等	☐
III	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする		☐
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる	着替え、食事、排泄が上手にできない、又は時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、清適異常行動等	☐
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる	ランクIIIaに同じ	☐
IV	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする	ランクIIIに同じ	☐
M	著しい精神症状や問題行動あるいは奇様な身体症状が見られ、専門医療を必要とする	せん妄、妄想、興奮、自傷、他傷等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	☐

・ 上記認知高齢者の日常生活自立度がIIIa以上で下記の記入をして下さい

1 つでも当てはまる項目があると加算対象（運動機能障害を除く）認知症ケアの看護計画が必要です	
排泄	☐ トイレが一人で行けない ☐ 排泄の失敗がある
食事	☐ 食事が一人で食べられない
更衣	☐ 一人で着替えられない ☐ 行為の選択、着方が適切にできない
会話	☐ 入院が理解できない ☐ 同じ話や訴えを繰り返す ☐ 意思の疎通ができない
療養行動	☐ 診療と診療上の指示が守れない ☐ ナースコールがうまく使えない
その他	☐ やたらと物を口に入れる ☐ 不潔行為 ☐ 物を拾い集める ☐ 性的異常行動 ☐ 徘徊 ☐ 大声 ☐ せん妄 ☐ 妄想 ☐ 奇声をあげる ☐ 火の不始末 ☐ 興奮 ☐ 自傷・他傷行為

記入者名: マスタ管理者（放射線）

褥瘡・スキンテアに関するアセスメントシート及び診療計画書

患者ID: 9999900071
 患者氏名: 練習 放射線1

性別 男
 年齢 74 歳

入院年月日:

褥瘡の有無 1.現在 ☐ なし ☐ あり : 部位()
 スキンテアの有無 1.現在 ☐ なし ☐ あり : 部位()

褥瘡・スキンテアに関するアセスメントシート

日常生活自立度 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2

危険因子の評価	月 日						
	基本的動作能力						
	ベッド上 自力体位変換	☐ できる	☐ できない	☐ できる	☐ できない	☐ できる	☐ できない
	イス上 坐位姿勢の保持、除圧	☐ できる	☐ できない	☐ できる	☐ できない	☐ できる	☐ できない
	病的骨突出	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり
	関節硬縮	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり
	栄養状態低下 (Alb3.0g/dl未満・TP6.0g/dl未満)	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり
	皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり
	皮膚の脆弱性(浮腫)	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり	☐ なし	☐ あり

●入院時、日常生活自立度が『BまたはCの場合』かつ、「あり」もしくは「できない」が『1つ以上の場合』は
 下記の看護計画を立案する ●ADLが低下した場合は、看護計画の見直し ●褥瘡・スキンテア発生時、
 アセスメントシートから見直し

看護計画

留意する項目	計画内容	/	/	/
ベッド上での 圧迫・ずれの 排除	【定型文の選択が可能】			
車椅子上での 圧迫・ずれの 排除	【定型文の選択が可能】			
スキンケア	【定型文の選択が可能】			
脆弱な皮膚	【定型文の選択が可能】			
栄養状態の 改善	【定型文の選択が可能】			
リハビリ テーション	【定型文の選択が可能】			
その他				

褥瘡の評価表

部位	DESIGN-R	/	/	/
		合計点	合計点	合計点
記入者名				

(褥瘡経過の評価)

患者ID 9999900071 患者氏名 練習 放射線1

日付	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
部位						
	DESIGN-R : 栄養状態: TP : Alb : 浮腫 : ☐ 有 ☐ 無 D-R : WBC : CRP : Hb :	DESIGN-R : 栄養状態: TP : Alb : 浮腫 : ☐ 有 ☐ 無 D-R : WBC : CRP : Hb :	DESIGN-R : 栄養状態: TP : Alb : 浮腫 : ☐ 有 ☐ 無 D-R : WBC : CRP : Hb :	DESIGN-R : 栄養状態: TP : Alb : 浮腫 : ☐ 有 ☐ 無 D-R : WBC : CRP : Hb :	DESIGN-R : 栄養状態: TP : Alb : 浮腫 : ☐ 有 ☐ 無 D-R : WBC : CRP : Hb :	DESIGN-R : 栄養状態: TP : Alb : 浮腫 : ☐ 有 ☐ 無 D-R : WBC : CRP : Hb :
	Dr.コメント : 処置 : 改善への対策 :	Dr.コメント : 処置 : 改善への対策 :	Dr.コメント : 処置 : 改善への対策 :	Dr.コメント : 処置 : 改善への対策 :	Dr.コメント : 処置 : 改善への対策 :	Dr.コメント : 処置 : 改善への対策 :

患者氏名： 練習 放射線1 様

様

評価 月／日	写真貼用（たて cm×よこ cm）	評価
		Ns評価 医師所見 <u>医師名：</u>
評価 月／日	写真貼用（たて cm×よこ cm）	評価
		Ns評価 医師所見 <u>医師名：</u>
評価 月／日	写真貼用（たて cm×よこ cm）	評価
		Ns評価 医師所見 <u>医師名：</u>
評価 月／日	写真貼用（たて cm×よこ cm）	評価
		Ns評価 医師所見 <u>医師名：</u>
評価 月／日	写真貼用（たて cm×よこ cm）	評価
		Ns評価 医師所見 <u>医師名：</u>

褥瘡対策に関する診療計画書

患者ID: 9999900071
 患者氏名: 練習 放射線1

性別 男
 年齢 74 歳

入院年月日:

専任医師名:

専任看護師名:

<日常生活自立度の低い入院患者>

日常生活自立度	J (☐ 1 ☐ 2)	A (☐ 1 ☐ 2)	B (☐ 1 ☐ 2)	C (☐ 1 ☐ 2)	対処
・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)			○ できる ○ できる	○ できない ○ 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			○ なし	○ あり	
・関節拘縮			○ なし	○ あり	
・栄養状態低下 (Alb 3.0g/dl未満、TPB.0g/dl未満)			○ なし	○ あり	
・皮膚湿潤 (多汗、尿失禁、便失禁)			○ なし	○ あり	
・皮膚の脆弱性 (浮腫)			○ なし	○ あり	
・皮膚の脆弱性 (スキナーケアの保有、既往)			○ なし	○ あり	

DESIGN-R 2020 (褥瘡経過評価表)

褥瘡発生日

年 月 日

部位 (☐ 仙骨部 ☐ 坐骨部 ☐ 大転子部 ☐ 踵部 ☐ その他 ())

日時

/

Depth 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	0	皮膚損傷・発赤なし	D	3	皮下組織までの損傷
	1	持続する発赤		4	皮下組織を超える損傷
	2	真皮までの損傷		5	関節腔、体腔に至る損傷
				DTI	深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い
				U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

Exudate 滲出液

e	0	なし	E	6	多量: 1日2回以上のドレッシング交換を要する
	1	少量: 毎日のドレッシング交換を要しない			
	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)×長径と直交する最大径(cm)]

s	0	皮膚損傷なし	S	15	100以上
	3	4未満			
	6	4以上 16未満			
	8	16以上 36未満			
	9	36以上 64未満			
	12	64以上 100未満			

Inflammation/Infection 炎症/感染

i	0	局所の炎症徴候なし	I	30	臨時的定着疑い (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)
	1	局所の炎症徴候あり (創周囲の発赤、腫脹、熱感、疼痛)		3	局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿・悪臭など)
				9	全身的影響あり (発熱など)

Granulation 肉芽形成

g	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	4	良性肉芽が、創面の10%以上50%未満を占める
	1	良性肉芽が、創面の90%以上を占める		5	良性肉芽が、創面の10%未満を占める
	3	良性肉芽が、創面の50%以上90%未満を占める		6	良性肉芽がまった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持って判断する

n	0	壊死組織なし	N	3	柔らかい壊死組織あり
				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) [長径(cm)×短径(cm)]から潰瘍の大きさを差し引いたもの

p	0	ポケットなし	P	6	4未満
				9	4以上 16未満
				12	16以上 36未満
				24	36以上

合計

看護計画

留意する項目	計画内容	/
ベッド上での 圧迫・ずれの 排除	【定型文の選択が可能】	
車椅子上での 圧迫・ずれの 排除	【定型文の選択が可能】	
スキンケア	【定型文の選択が可能】	
脆弱な皮膚	【定型文の選択が可能】	
栄養状態の 改善	【定型文の選択が可能】	
リハビリ テーション	【定型文の選択が可能】	
その他	【定型文の選択が可能】	

<栄養管理に関する事項>

栄養管理に関しては栄養管理計画書での対応とする。

患者・家族への説明内容： 看護師記録用

説明日時

時 分 ～ 時 分

患者氏名 練習 放射線1 様

医師(説明者)

同席者：
(続柄) _____

看護師(説明者) 原田 昌彦

説明内容	患者・家族の反応