

(参考)褥瘡対策に関するケア計画書(記載例案)

(初回・更新()回目)

氏名	様	男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 西暦	年	月	日
入所日 平成 年 月 日			初回作成日 平成 年 月 日		作成(変更)日 平成 年 月 日		
褥瘡の有無	1.現在	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 仙骨部 <input type="checkbox"/> 坐骨部 <input type="checkbox"/> 腸骨部 <input type="checkbox"/> 大転子部 <input type="checkbox"/> 踵部 <input type="checkbox"/> その他()				
	2.過去	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 仙骨部 <input type="checkbox"/> 坐骨部 <input type="checkbox"/> 腸骨部 <input type="checkbox"/> 大転子部 <input type="checkbox"/> 踵部 <input type="checkbox"/> その他()				
褥瘡発生日 平成 年 月 日			記入・説明者名(職種)		()		
現状	身長	cm	体重	kg	健康状態		良好・不安定・不良()
褥瘡の状態の評価	深さ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 持続する発赤 <input type="checkbox"/> 真皮までの損傷 <input type="checkbox"/> 皮下組織までの損傷 <input type="checkbox"/> 皮下組織を超える損傷 <input type="checkbox"/> 関節腔、体腔にいたる損傷または、深さ判定不能の場合					
	滲出液	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少量:毎日の交換を要しない <input type="checkbox"/> 中等量:1日1回の交換 <input type="checkbox"/> 多量:1日2回以上の交換					
	大きさ(cm2) 直径×直径に直交する最大径	<input type="checkbox"/> 皮膚損傷なし <input type="checkbox"/> 4未満 <input type="checkbox"/> 4以上 <input type="checkbox"/> 16以上36未満 <input type="checkbox"/> 36以上64未満 <input type="checkbox"/> 64以上100未満 <input type="checkbox"/> 中等量:1日1回の交換					
	炎症・感染	<input type="checkbox"/> 局所の炎症兆候なし <input type="checkbox"/> 局所の炎症兆候あり(創周囲の発赤、腫瘍、熱感、疼痛) <input type="checkbox"/> 局所の明らかな感染兆候あり(炎症兆候、濃、悪臭) <input type="checkbox"/> 全身的影響あり(発熱など)					
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	<input type="checkbox"/> 創閉鎖又は創が浅い為 <input type="checkbox"/> 創面の90%以上を占める <input type="checkbox"/> 創面の50%以上90%未満を占める <input type="checkbox"/> 創面の10%以上50%未満を占める <input type="checkbox"/> 創面の10%未満を占める <input type="checkbox"/> 全く形成されていない					
	壊死組織	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 柔らかい壊死組織あり <input type="checkbox"/> 硬く厚い密着した壊死組織あり					
	ポケット(cm2) (ポケットの直径×直径に直交する最大径)×潰瘍面積	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 4未満 <input type="checkbox"/> 4以上16未満 <input type="checkbox"/> 16以上36未満 <input type="checkbox"/> 36以上					
褥瘡ケア計画	留意する項目	計画の内容					
	関連職種が共同して取り組むべき事項	<input type="checkbox"/> 知覚の認知 <input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 稼働性 <input type="checkbox"/> 栄養状態 <input type="checkbox"/> 摩擦とずれ <input type="checkbox"/> その他() ※ 該当項目があればレ点つけて(問題あり 潜在的に問題ありなどをその他に記載する)					
	評価を行う間隔	<input type="checkbox"/> 3月以内 <input type="checkbox"/> 2月以内 <input type="checkbox"/> 1月以内 <input type="checkbox"/> 14日以内 <input type="checkbox"/> 7日以内 <input type="checkbox"/> その他()					
	圧迫、ズレカの排除 (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	<input type="checkbox"/> エアマット使用 <input type="checkbox"/> 臥床中は2時間毎の体位変換 <input type="checkbox"/> クッションを使用して局所の長時間の圧迫防止 <input type="checkbox"/> ベッド柵等に身体が当たらないように体の位置に気をつける <input type="checkbox"/> カバー等で自己体動時の受傷防止 <input type="checkbox"/> その他()				
		(車)イス上	<input type="checkbox"/> 車椅子の長時間の座位は避ける <input type="checkbox"/> 座位時にはこんにやくマット使用 <input type="checkbox"/> 固い素材のイスを使用しない <input type="checkbox"/> 30分毎の座り直しの声かけ・介助 <input type="checkbox"/> 仙骨座りにならないよう適宜座り直しを行う <input type="checkbox"/> 踵の圧迫防止のため移動時以外は靴を脱がせる <input type="checkbox"/> その他()				
	スキンケア	<input type="checkbox"/> 摩擦 <input type="checkbox"/> ズレ <input type="checkbox"/> 浸潤 <input type="checkbox"/> 失禁(便・尿) <input type="checkbox"/> ドレッシング剤の選択() <input type="checkbox"/> 処置=洗浄(ユーバスタ塗布・ハイドロサイド塗布・エアウォール保護 <input type="checkbox"/> 上層汚染なければ3日毎の交換 <input type="checkbox"/> その他留意点()					
	栄養状態改善	<input type="checkbox"/> 消化器症状(食欲不振・嘔吐・下痢・() <input type="checkbox"/> 1日の必要エネルギー量(カロリー) <input type="checkbox"/> 低栄養状態(あり・エンシュア1日()本処方・なし) <input type="checkbox"/> 嚥下困難食() <input type="checkbox"/> 食事量(安定・不安定) <input type="checkbox"/> 管理栄養士からみた留意点()					
	リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 関節拘縮の予防(なし・あり) <input type="checkbox"/> ポジショニング() <input type="checkbox"/> 座り直し時浮腫()に注意 <input type="checkbox"/> 座位時に足底を体につけ踏ん張れるように工夫 <input type="checkbox"/> 理学療法士からみた留意点() <input type="checkbox"/> その他()					
その他							
利用者及び家族の意向							

説明・同意・交付日 平成 年 月 署名 続柄 本人・家族・後見人