

褥瘡対策に関する診療計画書（2）

氏名 _____ 殿（男・女） _____ 年 月 日生（ 歳）

＜薬学的管理に関する事項＞ 対応の必要無し

| | |
|--|---|
| 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 | ＜すでに褥瘡を有する患者＞ 薬剤滞留の問題 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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

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