



# 褥瘡患者個票 I

(記入にあたっては、別添の記入要領をご参考にしてください。)

性 別	1 男 2 女	生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日
身 長	. cm	体 重	. kg
入 院 日	年 月 日		
他科受診の有無	1 有 ( <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> ) 2 無		
傷 病 名	主傷病名 番 号 <input type="text"/>	副傷病名 番 号 <input type="text"/>	
入院基本料の算定	I・II 群	入院基本料	1・2・3・4・5
褥瘡管理加算の算定	1 有 2 無		
糖尿病の既往	1 無		
	2 有 罹患歴 ( 年 ) 治療状況 (1 現在、治療中 2 特別な治療を必要としない)		
癌の悪液質	1 有 2 無		
3ヶ月以内の化学療法	1 有 2 無		
ステロイドの長期使用	1 有 2 無		
放射線照射	1 有 2 無		
麻痺の状態	1 有 2 無		
オムツ使用の有無	1 常時使用 2 一時的に使用 (夜間のみ等) 3 未使用		
膀胱留置カテーテルの有無	1 有 2 無		
過去の褥瘡の有無	1 無		
	2 有 褥瘡発生日 ( 年 月 日 ) 部位 (1 仙骨部 2 坐骨部 3 尾骨部 4 腸骨部 5 大転子部 6 踵部)		

褥瘡発生状況	褥瘡発生日	年 月 日					
	部 位	1 仙骨部 2 坐骨部 3 尾骨部	4 腸骨部 5 大転子部 6 踵部	7 その他			
日常生活 自立度	1 J1 2 J2	3 A1 4 A2	5 B1 6 B2	7 C1 8 C2	9 障害なし		
褥瘡に関する 危険因子	基本的動作能力	ベッド上 自力体位変換		1 できる	2 できない		
		イス上 坐位姿勢の保持、除圧		1 できる	2 できない		
	病的骨突出	1 有 (部位: )			2 無		
	関節拘縮	1 有 (部位: )			2 無		
	栄養状態の低下	1 有			2 無		
	皮膚湿潤	1 有 ( 1 多汗 2 尿失禁 3 便失禁 )			2 無		
	浮腫	1 有 (部位: )			2 無		
体圧分散マッ トレスの使用	1 有		2 無				
日常生活での ケア提供状況							
栄養摂取の 方法	1 IVH		3 半消化栄養剤利用				
	2 経管栄養		4 経口摂取のみ				
NST の介入	1 介入あり		2 介入なし		3 NST チームをもっていない		
調査開始時 の生化学 データ	検査日	①RBC	②WBC	③Hb	④Ht	④Alb	⑤TP
		×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	/mm <sup>3</sup>	g/d l	%	g/dl	g/dl
年 月 日							

## 褥瘡患者個票 II

調査開始時、1週間後、2週間後、3週間後（経過表Ⅰ、Ⅱ、Ⅲとも同じ日）に記入してください。  
 ケアに要した時間は記入者が同日の勤務時間中に行った分数を合計して記入してください。実施しなかったケアについては×を記入してください。

ケア提供の月日	/	/	/	/	
ケア実施者（1 WOC 看護師 2 病棟看護師）	1.	2.	1.	2.	
ケアに要した時間	分	分	分	分	
看護技術	体位変換				
	座位における褥瘡圧迫予防のケア				
	おむつ・寝衣・寝具による擦れ予防のケア				
	座位バランス訓練				
	便汚染予防のケア				
	褥瘡の便汚染時のケア				
	排便時のスキンケア				
	創周囲へのスキンケア				
	褥瘡部のマッサージ				
	褥瘡処置				
	栄養必要量の算定				
	食事量の観察				
	嚥下訓練				
	半消化栄養剤の検討				
	体位変換の評価・プラン作成				
	水分バランスの評価				
	外用剤の評価・プラン作成				
	ドレッシング材の評価・プラン作成				
	創周囲スキンケアの評価・プラン作成				
	褥瘡ケアに関する説明				
褥瘡ケアに関する家族への説明					

### Ⅲ 褥瘡患者個票

1回の局所処置に用いた製品を記入してください

処置日	/		/		/		/	
処置者	1 WOC看護師	2 病棟看護師	1 WOC看護師	2 病棟看護師	1 WOC看護師	2 病棟看護師	1 WOC看護師	2 病棟看護師
ドレッシング1(名称)								
		cm × cm		cm × cm		cm × cm		cm × cm
ドレッシング2(名称)		cm × cm		cm × cm		cm × cm		cm × cm
ドレッシング3(名称)		cm × cm		cm × cm		cm × cm		cm × cm
薬剤1(名称)*2		cm		cm		cm		cm
薬剤2(名称)		cm		cm		cm		cm
薬剤3(名称)		cm		cm		cm		cm
テープ1(名称)								
テープ2(名称)		cm		cm		cm		cm
消毒液(名称)		ml		ml		ml		ml
生理食塩水		ml		ml		ml		ml
超酸性水		ml		ml		ml		ml
給水パッド(枚)								
手袋(組)								
局方ガーゼ(枚)								
綿球(個)								
ディスポ注射器(本)*3								
カテーテル(本)								
注射針(本)*4								
培養検体(本)								
外科的壊死除去術								
その他の処置(明記する)								
1日の処置回数*5		/日		/日		/日		/日
1週間の処置回数*6		/週		/週		/週		/週

\*1 局所処置に要した時間を記入してください。局所処置に要した時間とは、準備・実施・後始末に要した時間です。

複数の患者の準備・後始末をした場合は、該当患者数で割って1人あたりの準備・後始末の時間を算出してください。

\*2 薬剤は使用した薬剤の総量(g)を記入。グラムはスクロードパスタ3cm→3g、その他のチューブ薬剤は3cm→2gとして記入してください。容器入り薬剤は500円玉大→6gとして記入してください。

\*3 注射器は、サイズに関係なく使用した本数を記入してください。

\*4 注射針は、サイズ、翼状針の区別はせず、使用した本数を記入してください。

\*5 1日の処置回数は記入日に何回処置を行ったか記入してください

\*6 1週間の処置回数は記入した週に何回処置を行ったか記入してください。1日に2回毎日行った場合は2×7=14ですので14回と記入してください。

②

褥瘡患者個票 IV (褥瘡患者個票Ⅲで処置を担当した看護師が記入してください)		記入日				
褥瘡 の 状 態 の 評 価	深 さ	(0) なし (1) 持続する発赤 (2) 真皮までの損傷 (3) 皮下組織までの損傷 (4) 皮下組織をこえる損傷 (5) 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	(0) なし (1) 少量：毎日の交換を要しない (2) 中等量：1日1回の交換 (3) 多量：1日2回以上の交換				
	大きさ (cm <sup>2</sup> ) 長径×長径に直行する最大径	(0) 皮膚潰瘍なし (1) 4未満 (2) 4以上16未満 (3) 16以上36未満 (4) 36以上64未満 (5) 64以上100未満 (6) 100以上				
	炎症・感染	(0) 局所の炎症徴候なし (1) 局所の炎症徴候あり(創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛) (2) 局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭) (3) 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	(0) 治癒あるいは創が浅い肉芽形成の評価が出来ない (1) 良性肉芽が創面の90%以上を占める (2) 良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める (3) 良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める (4) 良性肉芽が創面の10%未満を占める (5) 良性肉芽が全く形成されていない				
	壊死組織の状態	(0) なし (1) 柔らかい壊死組織あり (2) 硬く厚い密着した壊死組織あり				
	ポケット (cm <sup>2</sup> ) (ポケットの長径×長径に直行する最径) - 潰瘍面積	(0) なし (1) 4未満 (2) 4以上16未満 (3) 16以上36未満 (4) 36以上				
		合 計				