

褥瘡チェックリスト

お客様氏名 _____

確認日 年 月 日

居室温度 ℃ 湿度 %

確認者 氏名 _____

NO.	項目	チェック欄
1	体圧分散マットレスを使用しているか	
2	座位時の座り直しはしているか	
3	ポジショニングやシーティングの方法を取っているか	
4	オムツ交換の間隔は空きすぎているか (回/日) 最長間隔時間 (時間)	
5	スキンケア(保湿剤等)は行っているか	
6	下痢・夜間頻尿・脱水・浮腫・骨突出等は見られていないか	
7	栄養状態に問題はないか	
8	室温管理・衣服の調整(衣類の締め付け、素材等)に問題はないか	
9	体位変換は行っているか (体位変換頻度 時間毎)	
10	麻痺や褥瘡の既往等はあるか()	
11	移乗介助に問題はないか	
12	褥瘡と疑われる部位・状況・大きさ・対策方法・実施した事等 []	

施設長	医務室	ユニットリーダー	ケアマネ・相談員	褥瘡委員会責任者