

## 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

 無  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  無  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		
	【GLIM基準による評価（ <input type="checkbox"/> 非対応）】判定： <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養（ <input type="checkbox"/> 中等度低栄養、 <input type="checkbox"/> 重度低栄養）		
	該当項目：表現型（ <input type="checkbox"/> 体重減少、 <input type="checkbox"/> 低BMI、 <input type="checkbox"/> 筋肉量減少） 病因（ <input type="checkbox"/> 食事摂取量減少/消化吸収能低下、 <input type="checkbox"/> 疾病負荷/炎症）		
	体重	BMI	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（ _____ / _____ ）	<input type="checkbox"/> 測定無し CRP（ _____ ）mg/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。