

KOMI理論を使った看護記録システム

スクリーニング用紙

栄養・活動や皮膚の状態・転倒危険因子の3つの側面からの情報収集と標準計画を導く用紙です。
これらの情報を入院時のケアの方向をきめる指標にしています。

❖ 転倒・転落に対する事故防止対策

様

① 認識に関して、以下のいずれかに当てはまる場合は、危険度Ⅲとする

○記憶に大きな欠落や低下がみられる（誕生日・年齢・病院にいることなどがわからない）
○自分が置かれている今の状況や体力に適した事柄がわからないことが

② 以下の項目で危険

| 分類 | |
|------|----------------------|
| 年齢 | 70歳以上 |
| 既往歴 | ここ1～2年の間 ここ1～2年の間 |
| 感覚障害 | 視力障害がある、 麻痺がある、しび |
| 機能障害 | しゃがんだ位置が 移動に介助が必要 |
| 薬剤 | ○鎮痛剤 □抗バ 療法 □抗バ |
| 排泄 | ○尿・便失禁が ○トイレ介助が必 |

③ ①②からの判定

④ 援助・ケア計画

| | |
|--|------------|
| はき物は濡れたすべりにく ベッドの使用方法和その覆 ベッドの高さ・ス 周囲の障害物を | 1 ※1 自力体位変 |
| オーバークラップ・床ずれ台・ 種薬剤や鎮痛剤を増やし 移動時はサースコールを | 2 ※2 病的骨突出 |
| 点滴スタンド使用中に注意 スタンドの傾 | 3 ※3 浮腫 |
| ポータブルトイレ使用する場 サースコール・ | 4 ※4 関節拘縮 |
| 前庭用や傾斜用などの服 | |
| ADL低下の患者様へは、A ① 歩行杖 ② 手介助 ③ 車椅子 ④ トイレ ⑤ 歩行性 | |

OHスケールレベル
軽度（1～3点）
中等度（4～6点）
高度（7～10点）

実際に使用した
体圧分散マットレス

褥瘡スクリーニング・体圧分散マットレスの選択

入院日：<@入院日> 入院病棟：<@病棟> 入院病室：<@部屋>号室
氏名：<@漢字氏名>（ID：<@患者番号>） 生年月日：<@生年月日>（<@年齢>歳）
病名： _____

該当するところに○印 20 年 月 日 サイン（ _____ ）

1. 褥瘡がありますか？

はい いいえ

2. 入院後歩行可能ですか？

はい（J・A） いいえ（B・C）

①過去 ②現在

看護計画下
皮膚病変の発
現に努める
褥瘡発生（持ち込み）
皮膚損傷
褥瘡ケ
褥瘡ケア計画書は不要、但し
生活自立度判定へ

栄養アセスメント表

氏名： _____（ID： _____）

| SGA（主観的包括的評価）（ / ） | ODA |
|---|---|
| 1. 体重の変化 やせ（BMIが17.5以下） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 過去6ヶ月間の体重変化（10%以上） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 過去2週間の体重変化（3%以上） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 身体計測（ / ） 身長： _____ cm 体重： _____ kg BMI： _____ 理想体重： _____ kg %IBW： _____ % |
| 2. 食事摂取量の変化 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | BEE: _____ kcal TEE: _____ kcal |
| 3. 消化器症状（1週間以上） 「あり」に○印：嘔気 嘔吐 腹痛感 下痢 便秘 食欲不振 ムセ | 臨床検査結果（ / ） ALB Hb CHOL CRP Na K CL BUN Cr TLC GLU |
| 4. ADL障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 「あり」：歩行可能 車椅子 寝たきり | 参考値 重症体重減少率 理想体重比 1～2% / 1週 70～75% 5% / 1ヶ月 中等度栄養障害 75% / 3ヶ月 60%以下 10% / 6ヶ月 高度栄養障害 |
| 5. 代謝障害/ストレス <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（軽・中・高） 「あり」：手術、褥瘡、感染、発熱、悪性疾患、外傷、OPNなど 初期診断： [_____] | |
| 6. 身体状況 皮下脂肪の減少 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (TSP 男性 6.4mm・女性 12mm 以下＝中等度栄養障害) 筋肉喪失 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (AMC 上腕筋断 男性 19.3cm・女性 14.4cm 以下＝中等度栄養障害) 浮腫・脱水 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____) 脱水 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 褥瘡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ステージ _____) | |

主観的包括的栄養評価（※スコア判定はあくまで目安）
□問題なし・軽度あり（「あり」が2個以下） □中等度栄養障害（「あり」が3～6個） □高度栄養障害（「あり」が7個以上）

入院前の咀嚼・嚥下機能と摂食状態

①自分の歯 [なし・あり（噛み合わせ良好・噛み合わせ不良）] _____
②義歯 [なし・あり（上のみ有り・下のみ有り・上下あり）⇒（使用している・使用していない）] _____
③ムセ [なし・あり（水分・食物）⇒頻度（嚥下のつど・数回/1回の食事中・数回/1日）] _____
④食事の姿勢 [自力座位・車いす座位・ベッドギャッジアップ・臥床・その他（ _____ ）] _____
⑤食事介助 [不要・要介助（一部・全介助）] _____
⑥食事の形態 [★主食（米飯・粥食）★副食（普通・きざみ食・ミキサー食・汁物はトロミ付き）] _____
⑦食事摂取量 [主食（ _____ ） 副食（ _____ ） その他（ _____ ）] _____
⑧食事回数 [1日 / 回] _____
⑨食事所要時間 [_____ 分]

NST 別診・コンサルテーション依頼 【 要・不要 】

サイン [_____]