【チェックリスト】

〔記入者：　　職種：　　記入日：　　/　　/　　〕

患者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　（　　）才

☆インスリン注射　□無　□有・スケール打ち　回/日　□有・固定打ち　回/日

☆ミトン　□無　□有（□右　□左　□両手）

☆上肢抑制　□無　□有

☆胴体抑制　□無　□有

☆皮膚トラブル　□無　□有（皮疹・かゆみ・発赤・褥瘡・その他　　）

褥瘡がある場合　①カラー写真は必ずお送りください。

②DESIGN-R2020（褥瘡評価）で評価している場合、併せてお願いします。

部位・大きさ・深度・処置内容：

（　　）

☆透視下、エコー等を必要とする処置

□無　□有（　　）

☆継続他科受診　□無　□有（　　科）

（ペースメーカーチェック・眼科など）

☆感染症　□無　□有（内容　　喀痰・鼻腔・便・尿・褥瘡・その他）

＊お手数ですが、すべての項目に必ずチェックをお願いいたします。

救世軍清瀬病院

TEL：042-491-1411（代表）

FAX：042-491-3900（代表）

作成 2024.7