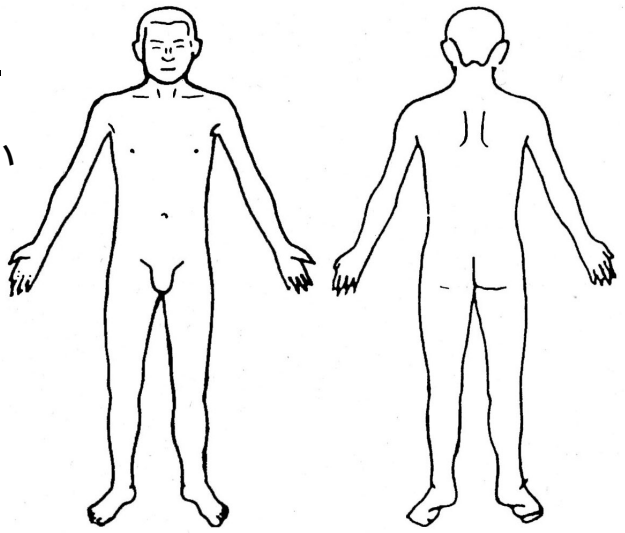
床ずれ 問 診 票

身長　　体重

お名前:



1　床ずれの場所に○をつけて下さい

2　症状はいつ頃からですか?

3　最近、次の変化がありましたか?

☐ 食事量減少

☐ 体重減少　☐ むくみ

☐ 活動性低下　☐ その他(　　)

4　自分でできることは何ですか?

☐ ない　☐ 寝返り　☐ ベッドからの移動　☐ 屋内歩行

5　食事は（ベッドの上、 それ以外)、トイレは（オムツ、トイレで）で行う

6　使用中のものはありますか?

☐ マット(ウレタン、エア、体位交換型エア)　☐ 車いすのマット

7　麻痺や拘縮は?　なし、　あり (場所:　　)

8　現在治療中の病気とその主治医を教えて下さい　（ 往診、 通院 ）

介護保険: なし、要支援(1、 2)、要介護(1、 2、 3、 4、 5)

ケアマネ名、所属、携帯番号: