排泄に関する情報収集シート

 　　　　　　　　　　　　　　　　　 記入日　　　　 年 月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　男 ・ 女  | 年齢　　　　歳 | 身長／体重 | 　 cm kg |
| 問　題 | （誰にとって何が問題だと思ったか） |
| 目標と　達成時期 |  |
| 既往歴 |  | 現病歴 |  |
| 家族構成 |  | 内服薬 |  |
| 主介護者 |  | 主な収入 |  |
| 活用中の社会資源 |  | 使用中の福祉用具・機器 |  |
| 要介護度 | 要支援　１　２ 要介護　１　２　３　４　５ | 麻痺 | 無・有（　 　　　） | 拘縮 | 無・有（　 　　　） |
| ＡＤＬ | **寝返り**　可　不可　　　**座位**　自力（座位時間　　　　）　介助　（座位時間　　　）不可　　　　　　　　　　　**立位**　自力　介助　不可　　　**歩行**　自力　介助　不可　**追加コメント** |
| **移動手段** |
| 認知症 | 有（↓自立度）　　無 | コニュニケーション・理解度など | ・失語症の有無　　　・問題なし他（　　　　　　　 　　） |
| 認知症老人の自立度 | 　Ⅰ　　Ⅱa　 Ⅱb　Ⅲ　　Ⅳ　　Ｍ |
| 性格など |  |
| トイレの認識　　無　　有 | 放尿　無　　有（　　　　　　　） | 弄便　無　　有（　　　　　　） |
| 食事摂取状況 | 普通食　刻み食　かゆ食　経管栄養その他（　　　　　　　　　　　　　　）摂取量（　多　中程度　少ない　） | 水分摂取 | 普通　少ない　多い　非常に多い（一日平均　　　　ml） |
| 摂取方法（　自力　一部介助　　全面介助　）　 | 飲み込み問題なし　むせる　非常にむせる　経口不可 |
| 一日の過ごし方 |  | 希望 | 本人家族 |

注：このクライアントの排泄障害の原因になっている可能性があると思われる項目に赤○をつける

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 排泄の状況 | 排　　尿 | 排　　便 |
| 尿意・便意の有無 | 尿意　　有　　無　　訴え・サイン　　　 | 便意　　有　　無　訴え・サイン |
| 失禁の有無など | 有　　無どのような時失禁の量　　　　　　　頻度失禁のタイプ失禁の自覚　　　有　　　　無 | 有　無どのような時失禁の量　　　　　　　頻度失禁時の便の性状失禁の自覚　　　有　　　　無 |
| 排尿困難　　　　有　　　　無 |
| 回数など　 | 日中　　　回　　夜間　　　回 | 排便の頻度（　　　　　　　　　　　　）時刻のパターン（　　　　　　　　　　）自然排便の有無　（　有　　無　）　下剤使用（種類　　　　　　　　　　 ） |
| 通常の性状 | 普通尿　濃縮尿　混濁尿　悪臭尿 | 便の性状（BSS）: 1 2 3 4 5 6 7**BSSはブルストルスケール（別紙参照）** |
| 排泄方法 | 日中の排泄自立　　／　誘導　定時　　　　　　　　　　随時介助方法 | 日中の排泄自立　　／　誘導　定時　　　　　　　　　　随時介助方法 |
| 夜間の排泄自立　　／　誘導　定時　　　　　　　　　　随時介助方法 | 夜間の排泄自立　　／　誘導　定時　　　　　　　　　　随時介助方法 |
| 日中の排泄手段　　　　　　トイレ／Ｐトイレ／オムツ・パッドなど　使用製品　交換回数（時間）　　　　　　　　　　　　　　　　　交換のサイン |
| 夜間の排泄手段　　　　　　トイレ／Ｐトイレ／オムツ・パッドなど　使用製品交換回数（時間）　　　　　　　　　　　　　　　　　交換のサイン |
| 以前の排泄習慣（特に排便） |  |
| 皮膚状態 | 発汗しやすい　　普通　　敏感肌　　褥創有り　　褥創の既往あり |
| その他気付いたこと |  |

受講番号　　　　　　　記入者