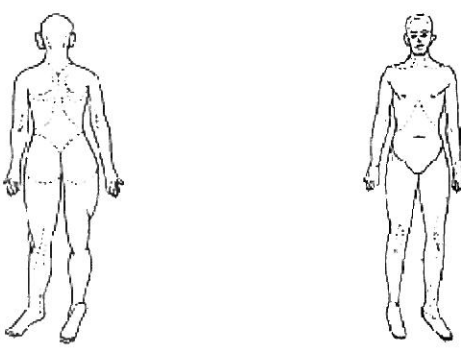


栄養連絡ノート(県北NSN)

氏名:

評価医療関連施設				評価者サイン				
評価時期				胃瘻の 造設前 ・ 造設後 ・ 交換前 ・ 交換後 ・ その他				
評価日				年 月 日		体重 現体重: kg		
必要エネルギー量				kcal		必要たんぱく質量 g		
S G A	体重変化	無	有(増加・減少 kg/期間 週)	水分制限 ☐ 無 ☐ 有(ml/日)				
	消化器症状	無	有(悪心・嘔吐・下痢・便秘・食欲不振・腹痛)	塩分制限 ☐ 無 ☐ 有(g/日)				
	食物摂取および投与エネルギーの変化	無	有 (期間: 約 日・週) (摂取量の減少: →) (食事形態の変化: →)	禁止食品: ☐ 無 ☐ 有 (☐ アレルギー ☐ 嗜好で) 食品名()				
	機能不全	無	有 = 栄養が悪く、疲れて行動が制限される	経口(☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助) (主食: 割、副食: 割) 主食: ご飯 ・ 全粥 ・ 分食 ・ 流動食 その他() 副食: 普通 ・ ソフト食 ・ 刻み ・ ミキサー その他()				
	代謝亢進ストレス	無	有 (発熱・炎症・感染・手術・熱傷・創傷)					
	体型	肥満	普通 瘠瘦 (軽度 ・ 重度)					
	浮腫	無	有 (軽度 ・ 中等度 ・ 重度)					
	栄養評価	良好・栄養障害(軽度 ・ 中等度 ・ 高度)・肥満			栄養摂取状況 経管栄養(☐ 経鼻 ☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻) 栄養剤(× 本) 栄養剤(× 本) 栄養剤(× 本) 静脈栄養(☐ CV ☐ 埋込CV ☐ 末梢) 輸液剤(× 本) 輸液剤(× 本) 輸液剤(× 本)			
生活状態	排尿	トイレ・ポータブル・尿器・おむつ・フォーレ・導尿						
	排便	トイレ・ポータブル・おむつ・人工肛門						
	障害高齢者	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2						
	認知症高齢者	自立・I・II・III・IV・M						
リハビリ	無	有	(機能回復・筋力増強・拘縮予防)					
嚥下評価	良好	誤嚥あり(水分・食事・無症候性)						
嚥下リハ	無	有						
褥瘡	有無	無	有	・d D ・e E ・s S ・i I ・g G ・n N ・P 無し・() ・d D ・e E ・s S ・i I ・g G ・n N ・P 無し・()				
	部位(処置内容も記載)			備考				
								

● 評価・記載は、胃瘻造設時および交換時に行なって下さい。

日常生活の自立度

◆障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準

自立	障害なし
J	何らかの障害などを有するが、日常生活はほぼ自立しており、 <u>独力で外出する</u> 1: 交通機関などを利用して外出する 2: 隣近所へなら外出する
A	屋内での生活は概ね自立しているが、 <u>介助なしには外出しない</u> 1: 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2: 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
B	屋内生活での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、 <u>座位を保つ</u> 1: 車いすに以上し、食事・排泄はベッドから離れて行う 2: 介助により車いすに移乗する
C	<u>1日中ベッド上で過ごし</u> 、排泄・食事・着替において介助を要する 1: 自力で寝返りをうつ 2: 自力では寝返りをうたない

◆認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

自立	認知症なし
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している
II	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても誰かが注意していれば自立できる a: 家庭外で、上記の状態がみられる b: 家庭内でも、上記の状態がみられる
III	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする a: 日中を中心にして、上記症状がみられる b: 夜間を中心として、上記症状がみられる
IV	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする

褥瘡の状態評価

Depth 深さ 槽内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相当の深さとして評価する					
d	0	皮膚損傷・発赤なし	D	3	皮下組織までの損傷
	1	持続する発赤		4	皮下組織を超える損傷
	2	真皮までの損傷		5	関節腔、体腔に至る損傷または、深さ判定が不能の場合
Exdate 浸出液					
e	0	なし	E	3	多量：1日2回以上のドレッシング交換を要する
	1	少量：毎日のドレッシング交換を要しない			
	2	中等量：1日1回のドレッシング交換を要する			
Size 大きさ 皮膚損傷範囲を測定：【長径(cm)×短径(cm)】					
s	0	皮膚損傷なし	S	6	100以上
	1	4未満			
	2	4以上16未満			
	3	16以上36未満			
	4	36以上64未満			
	5	64以上100未満			
Inflammation/Infection 炎症/感染					
i	0	局所の炎症徴候なし	I	2	局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭など)
	1	局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤、腫脹、熱感、疼痛)		3	全身的影響あり(発熱など)
Granulation 肉芽組織					
g	0	治癒あるいは創が浅いため肉芽形成の評価ができない	G	3	良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める
	1	良性肉芽が創面の90%以上を占める		4	良性肉芽が創面の10%未満を占める
	2	良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める		5	良性肉芽が全く形成されていない
Necrotic tissue 壊死組織 混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する。					
n	0	壊死組織なし	N	1	柔らかい壊死組織あり
				2	硬く厚い密着した壊死組織あり
Pocket ポケット 毎回同じ体位で、ポケット全周(潰瘍面も含め)【長径(cm)×短径(cm)】から潰瘍の大きさを差し引いたもの					
なし		記載せず(栄養連絡ノートには 無し を○で囲む)	-P	1	4未満
				2	4以上16未満
				3	16以上36未満
				4	36以上