院内褥瘡対策個別相談票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記載または該当部分に○印を付けてください。 | | | | | | | | | | | | | |
| 【施設名称】　　　　　　　　　　　　　【相談年月日　平成　　年　　月　　日（　）】 | | | | | | | | | | | | | |
| 【記載者名】　　　　　　　　　　　　　【連絡先　TEL：　　　　　FAX:　　　　　　】 | | | | | | | | | | | | | |
| 【相談の主な対象】 | | 患者 | | | | 医療従事者 | | | | 施設 | | | 組織 |
| 【相談内容】（複数回答可） | | | | | | | | | | | | | |
| 予防 | ポジショニング | | | | マットレスの選択 | | | | スキンケア | | | 栄養 | |
| 治療 | 軟膏や創傷被覆材の選択 | | | | | | | | 陰圧閉鎖療法 | | |  | |
| 院内対策 | 院内教育 | | 診療報酬 | | | | | 医療関連機器圧迫創傷 | | | | スキンテア | |
| 【回答を希望する職種】 | | | | 医師 | | | 薬剤師 | | | | 看護師 | 臨床検査技師 | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 【相談内容】　＊内容を具体的に記載して下さい。 | | | | | | | | | | | | | |