

転倒・転落 アセスメントシート(母性用)

(病棟) ID 氏名 (歳)

項目	チェックポイント	スコア	本人記入	入院時	/	/	/
既往	気を失ったことがある	2					
機能障害	麻痺・しびれがある	1					
	骨・関節に異常がある(拘縮・変形)	1					
	視力に障害がある	1					
	聴力に障害がある	1					
活動	ギプス・車椅子・杖・歩行器・装具を使用している	2					
	筋力の低下がある	2					
	点滴・ドレーン類を使用している	2					
	移動時に介助が必要である	2					
	歩行時にふらつきがある	2					
認識力	判断力・理解力・注意力の低下	1					
	うつ状態	1					
薬剤	鎮痛・解熱剤を使用している	1					
	向精神薬・睡眠剤を使用している	2					
排泄	排泄介助が必要である (トイレへの付き添い・ポータブルトイレを使用)	1					
その他	サイズの合わない履物を履いている	1					

【危険度と評価スコア】

危険度Ⅰ(0～9点):転倒・転落を起こす可能性がある
危険度Ⅱ(10点以上):転倒・転落を起こす可能性がある

合計							
危険度							
サイン							

【アセスメントシートの使用方法】

- *入院前または入院時に本人もしくは家族が該当項目の○をする。
- *入院時に看護師・助産師は評価スコアを記入し、合計を行い、危険度を記入しサインをする。
- *危険度Ⅰ・Ⅱともに転倒・転落について本人・家族に説明する
- *危険度Ⅱは防止策を検討し看護計画を立案する。
- *判定は入院時、転倒時、看護師が必要と判断した場合に行う
- *転倒・転落した場合は、再度判定を行い防止策を検討し看護計画を立案する。