

MDRPI デイリーチェック（評価）

観察 調整 再評価 共有（最小セットで回す）

氏名/ID： 病棟： ベッド：

日付： 時刻： 評価者：
その他：

☐ ICU ☐ 病棟 ☐ 外来 ☐ 訪問

観察間隔（目安）：
☐ 2 時間 ☐ 4 時間 ☐ 8 時間 ☐ 12 時間 ☐ 24 時間

A. 使用中の医療機器（該当に ）

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NPPV/CPAP マスク | <input type="checkbox"/> 頸椎カラー |
| <input type="checkbox"/> 酸素マスク | <input type="checkbox"/> 装具（AFO など） |
| <input type="checkbox"/> 鼻カニュラ | <input type="checkbox"/> 弾性ストッキング |
| <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 | <input type="checkbox"/> SpO2（指/耳） |
| <input type="checkbox"/> 気管チューブ固定 | <input type="checkbox"/> ECG 電極 |
| <input type="checkbox"/> 吸引チューブ固定 | <input type="checkbox"/> 血圧カフ |

その他：

B. 重点観察部位（頻度上位を優先）

- 耳：
☐ 鼻梁 ☐ 鼻翼 ☐ 頬 ☐ 口角
- 頸部：
☐ 耳介（後面） ☐ 耳朶
- 頭部：
☐ 顎下 ☐ 側頸部 ☐ 鎖骨上
- 四肢/貼付：
☐ 後頭部
☐ 下腿 ☐ 膝窩 ☐ 足関節 ☐ 指（SpO2） ☐ テープ部位
- その他（部位 電極周囲）

C. 所見（該当に ）

- | | | | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 異常なし | <input type="checkbox"/> 発赤（消える） | <input type="checkbox"/> 発赤（消えにくい） | <input type="checkbox"/> 圧痕 | | |
| <input type="checkbox"/> 浸軟 | <input type="checkbox"/> びらん | <input type="checkbox"/> 水疱 | <input type="checkbox"/> 皮むけ | <input type="checkbox"/> 痛み/不快 | <input type="checkbox"/> ずれ（張力/固定ずれ） |
| <input type="checkbox"/> 汗/湿潤 | <input type="checkbox"/> 分泌物 | <input type="checkbox"/> 失禁 | <input type="checkbox"/> 湿潤なし | 部位： | |
| <input type="checkbox"/> 粘膜損傷（口腔内など）あり | | | | | |

D. 介入（やったこと）

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> テンション調整 | <input type="checkbox"/> サイズ再評価 | <input type="checkbox"/> エッジ当たり修正 | <input type="checkbox"/> 固定方向を交替 |
| <input type="checkbox"/> テープ貼り替え | <input type="checkbox"/> 配管の余裕を作る | <input type="checkbox"/> 保護材（当て物） | <input type="checkbox"/> 乾燥/交換頻度アップ |
| その他： | | | |
| <input type="checkbox"/> 体位調整 | <input type="checkbox"/> 支持面調整 | <input type="checkbox"/> 一時解除（可能範囲） | |

E. 再評価と共有（ここだけは必ず残す）

再評価予定！ 結果：
☐ 改善 ☐ 不変 ☐ 悪化

共有：
☐ 不要 ☐ 要 相手：
☐ 医師 ☐ 看護 ☐ 皮膚ケア ☐ リハ

共有メモ（1 行）：

MDRPI 経時記録（7 日）+ 報告テンプレ

所見と対処を「同じ形式」で残す（申し送りが強くなる）

氏名/ID： _____ 開始日： _____
主な機器： _____ 重点部位： _____

A. 7 日記録（必要最小）

日付	時刻	機器/側/部位	所見（簡潔に） 例：発赤（消えにくい）/圧痕/浸軟/びらん/痛み など	対処（短文）	再評価/共有

B. 申し送り（自由記載）

C. 報告テンプレ（SBAR）

S（状況）

機器 _____ 部位 _____ いつから _____

B（背景）

鎮静 / 浮腫 / 発汗・湿潤 / 装着時間 など（該当を記述）

A（評価）

所見 _____ 実施した調整 _____ 再評価 _____

R（依頼）

皮膚処置 / デバイス再検討 / サイズ変更 / 観察頻度変更 など