

# 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 : \_\_\_\_\_  
 ICU  病棟  外来  訪問 その他 : \_\_\_\_\_

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"/> 顎椎カラー       |
| <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"/> 弹性ストッキング    |
| <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:       | <input type="checkbox"/> 鼻梁      | <input type="checkbox"/> 鼻翼  | <input type="checkbox"/> 頬   | <input type="checkbox"/> 口角       |
| 頸部:      | <input type="checkbox"/> 耳介 (後面) | <input type="checkbox"/> 耳朵  |                              |                                   |
| 頭部:      | <input type="checkbox"/> 頸下      | <input type="checkbox"/> 側頸部 | <input type="checkbox"/> 鎖骨上 |                                   |
| 四肢/貼付:   | <input type="checkbox"/> 後頭部     |                              |                              |                                   |
|          | <input type="checkbox"/> 下腿      | <input type="checkbox"/> 膝窩  | <input type="checkbox"/> 足関節 | <input type="checkbox"/> 指 (SpO2) |
| その他 (部位) | <input type="checkbox"/> 電極周囲    |                              |                              | <input type="checkbox"/> テープ部位    |

## 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 部位:     | <input type="checkbox"/> 湿潤なし |                                |                                       |
| <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 |
| <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) |                                     |

再評価予定:  再評価と共有 (結果だけは必ず残す)  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）	対処（短文）	再評価/共有
			例：発赤（消えにくい）/圧痕/浸軟/びらん/痛みなど		

## B. 申し送り（自由記載）

（自由記載用紙）

## 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

ポイント：機器名・側・部位・所見・対処・再評価を揃えると、原因（当たり/張力/湿潤）が追えます。