

患者ID _____	氏名 _____	病棟/診療科 _____	年齢 _____	性別 _____
記録日 _____	記録者 _____	褥瘡部位 _____	重症度 _____	カンファ日 _____

UPI 検討の前提 4 領域（評価→標準ケア→目標/介入→計画修正）

1 評価	確認事項	直近評価日・主要リスク因子	<input type="checkbox"/> 記録あり <input type="checkbox"/> 要修正
2 標準ケア	確認事項	体位変換・除圧・皮膚ケア・用具	<input type="checkbox"/> 記録あり <input type="checkbox"/> 要修正
3 目標と介入	確認事項	目標（期限/数値）と介入（担当）	<input type="checkbox"/> 記録あり <input type="checkbox"/> 要修正
4 計画修正	確認事項	修正日・変更点・変更理由	<input type="checkbox"/> 記録あり <input type="checkbox"/> 要修正

状態の要点（短文） _____ _____ _____ _____ _____	説明の要点（家族/チーム） _____ _____ _____ _____ _____
--	--

判定メモ： 証跡が揃う 不足あり（不足項目を上欄に追記） 次回見直し日を設定

署名：_____