

# K 式／在宅版 K 式 褥瘡リスク記録シート

Yes = 1 / No = 0 (点数よりも陽性パターンで介入を決める)

患者情報			
患者 ID		評価日	
評価者		場所	
介護者 (同居/主介護)		連絡・備考	

## 評価前に固定する 5 点 (再評価の再現性)

固定項目	チェック (固定できたら □ に✓)	メモ
体位 (臥位/端座位 など)	<input type="checkbox"/>	
背上げ角度・ポジショニング	<input type="checkbox"/>	
寝具・支持面 (マットレス/クッション)	<input type="checkbox"/>	
清潔・湿潤ケア (吸収材/交換頻度)	<input type="checkbox"/>	
介護体制 (昼/夜・実行可能な頻度)	<input type="checkbox"/>	

## 採点記録 (K 式／在宅版 K 式)

区分・項目	Yes	No	メモ (短文)	<b>点数メモ</b> 前段階 小計： ____ / 3 引き金 小計： ____ / 3 在宅追加： ____ / 2 合計： ____ / 8 再評価予定： ____ / ____ / ____ 引き金が 1 つでも Yes の場合は、 支持面・湿潤・ずれ対策を…
前段階要因 (共通)				
体位変換が難しい (自力で姿勢変更が困難)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
骨突出が目立つ (仙骨・踵 など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
低栄養/やせが疑わしい (摂取低下・体重減少)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
引き金要因 (共通)				
圧が集中しやすい (支持面が硬い・除圧不足)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
湿潤が続く (失禁・発汗・滲出・蒸れ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ずれ/摩擦が起きる (背上げ・移乗で滑走)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
在宅追加 (在宅版)				
介護力 (人員・手順・用具で体位変換を回せる)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
栄養 (食支援体制・たんぱく/エネルギー摂取)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## 再評価メモ (イベント・条件差・介入更新など)

_____ _____ _____ _____ _____
---