

ALSシーティング 5分評価・調整記録シート

呼吸・嚔下・褥瘡を同時に守るための観察、仮調整、再評価、共有メモ

基本情報			
患者ID / 氏名	評価日	評価者	場所
_____	_____	_____	_____

目的・実施前確認	
守る目的（複数可） <input type="checkbox"/> 呼吸を楽にする <input type="checkbox"/> 嚔下・会話を続けやすくする <input type="checkbox"/> 圧・ずれを減らす	中止・相談サイン <input type="checkbox"/> 息苦しさ増悪 <input type="checkbox"/> むせ増加 <input type="checkbox"/> 皮膚発赤・疼痛 <input type="checkbox"/> 強い疲労

5分評価：見る順番を固定する		
観察	チェック	所見・次にやること
骨盤	<input type="checkbox"/> 後傾 <input type="checkbox"/> 左右傾斜 <input type="checkbox"/> 前滑り	後傾・滑り・片側荷重： _____
体幹	<input type="checkbox"/> 側屈 <input type="checkbox"/> 回旋 <input type="checkbox"/> 保持困難	胸郭を圧迫しない支持条件： _____
頭頸部	<input type="checkbox"/> 前方化 <input type="checkbox"/> 過屈曲 <input type="checkbox"/> 顎位不良	食事時・会話時の楽な位置： _____
圧・ずれ	<input type="checkbox"/> 仙骨 <input type="checkbox"/> 坐骨 <input type="checkbox"/> 皮膚発赤	除圧条件・座位許容時間： _____
呼吸	<input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 肩呼吸 <input type="checkbox"/> 会話困難	楽な角度・持続時間： _____

仮調整・再評価：所見で終わらず目的まで書く	
仮調整	骨盤 / 体幹 / 頭頸部 / 上肢支持 / 角度： _____
再評価	呼吸・会話・嚔下・皮膚所見の変化： _____
本人主観	楽さ、続けやすさ、痛み、不快感： _____
次回・共有	家族・介助者へ伝える固定文： _____

家族・介助者への共有メモ	
楽な姿勢条件	例：角度、クッション位置、頭頸部位置 _____
休憩・除圧タイミング	例：何分で休むか、皮膚確認の時間 _____
変化時の対応	例：赤み、痛み、息苦しさ、むせが出た時 _____