

# リンパ浮腫評価記録シート

鑑別・ISL 病期・測定条件を分けて、前回との差分を記録するための A4 シート

基本情報			
患者 ID	評価日	評価者	評価部位
初回 / 再評価	測定時間	体位	圧迫・装具
主訴・困りごと		備考	

安全確認・鑑別の入口	
<b>赤旗（該当時は相談を優先）</b> <input type="checkbox"/> 急な増悪・左右差 <input type="checkbox"/> 強い疼痛 / 熱感 / 発赤 <input type="checkbox"/> 発熱・感染疑い <input type="checkbox"/> 呼吸苦・全身状態悪化	<b>リンパ浮腫らしさ（総合判断）</b> <input type="checkbox"/> 片側性・末梢優位 <input type="checkbox"/> 手背 / 足背まで及ぶ <input type="checkbox"/> 皮膚肥厚・硬さ <input type="checkbox"/> Stemmer 徴候（+ / -）

ISL 病期・測定条件	
<b>病期（質：戻りやすさ・線維化）</b> <input type="checkbox"/> Stage 0：潜在 / 違和感 <input type="checkbox"/> Stage I：戻りやすい <input type="checkbox"/> Stage II：戻りにくい / 硬さ <input type="checkbox"/> Stage III：皮膚・軟部変化 メモ _____	<b>測定法・条件（量：同条件で比較）</b> <input type="checkbox"/> 周径 <input type="checkbox"/> 体積推定 <input type="checkbox"/> BIS / L-Dex <input type="checkbox"/> TDC 測定点 _____ 時間帯 _____ 体位 _____ 前回との差 _____

比較記録欄（同じ測定点・同じ条件で記録）				
測定部位	前回	今回	変化	所見・解釈メモ
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

まとめ・次回再評価メモ	
今回の判断 _____ _____ _____ 対応・連携 _____ _____	次回そろえる条件 測定点 _____ 時間帯 _____ 体位 _____ 圧迫条件 _____ 自由メモ _____ _____