**おまかせうんチッチの排便・排尿のアセスメント** 記載日　　　年　　月　　日

**氏名**　　　 　 男・女　**生年月日**　　　　（　　歳）　**身長** cm **体重**　　　　kg

**家族構成**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊どのような人生を送ってこられた？（職業等）

**本人の困っていること**

**介護側の困っていること**

**これまでの対処方法**

**排尿方法**□トイレ　□Pトイレ　□尿器　□おむつパット内　□留置カテーテル　□間欠導尿

**排便方法**□トイレ　□Pトイレ　□おむつ内　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

**要介護度**　支 １ ２ ３ ４ ５　　 　 **認知症**　無・有（ I 　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　Ⅴ　M）

**現病歴**

**既往歴**

**ご利用中の医療福祉サービス**

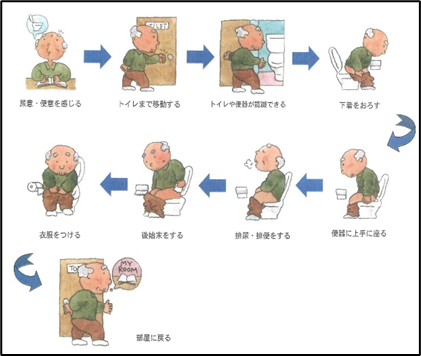
**内服薬**（　　）内に効能記入・下剤・抗コリン剤等排泄に関連する内服薬は〇で囲む

**３日間の食事内容　　1日平均水分量：**　　　　㎖　　**主食**：米飯・５分粥・全粥・ミキサー

**副菜**：普通・きざみ・ミキサー　　**栄養管理**：経口 鼻腔・胃ろう・IVH

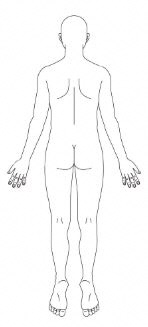
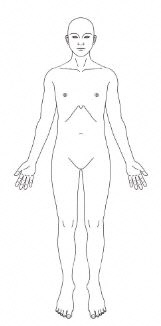
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月日 | 朝食 | 昼食 | 夕食 | 間食 | 備考・量等 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**移動**（可・要介助・不可）**寝返り**（可・要介助・不可）**座位**（可・要介助・不可）**立位**（可・要介助・不可）

**排泄関連動作**（できない動作に✕をつける）



**排便状況 便意**（ 有・無 ）**便失禁**（ 有・無 ）**残便感**（ 有・無 ）**腹部膨満感**（ 有・無 ）**腸蠕動**（ 有・無 ）



**排便周期**（　　　日）**便の性状**（BSS　　　　）**便の量**（　　　　）

**排尿状況 尿意**（ 有・無 ） **尿失禁**（ 有・無 ） **残尿感**（ 有・無 ）

**日中排尿回数**（　　　　回）**夜間排尿回数**（　　　　　回）

**身体状況**＊有の場合は人のイラストに記載

皮膚の状態：褥　瘡（ 有・無 ）陰部・肛門部のただれ（ 有・無 ）

骨盤底の状態：子宮脱（ 有・無 ）直腸脱（ 有・無 ）痔（ 有・無 ）

その他の状態：麻　痺（ 有・無 ）拘　縮（ 有・無 ）痛　み（ 有・無 ）

手術痕（ 有・無 ）冷　感（ 有・無 ）睡眠の質（ 良・不良 ）

**生活リズム**（起床・就寝・活動等）

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 0

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |