

排便のアセスメントと排便チェック表

所属： _____ お名前： _____

氏名 (イニシャル) _____ 性別 男 女 年齢 歳 身長 cm 体重 kg

家族構成 _____ 本人の困っていること _____

家族・スタッフの困っていること _____

これまでの対処方法 _____

現病歴 _____ 既往歴 _____

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

ご利用中の医療福祉サービス _____

内服している下剤 (効能記入) _____

その他の内服薬 (効能記入) _____

主食：米飯・5分粥・全粥・ミキサー _____ 副菜：普通・きざみ・ミキサー _____

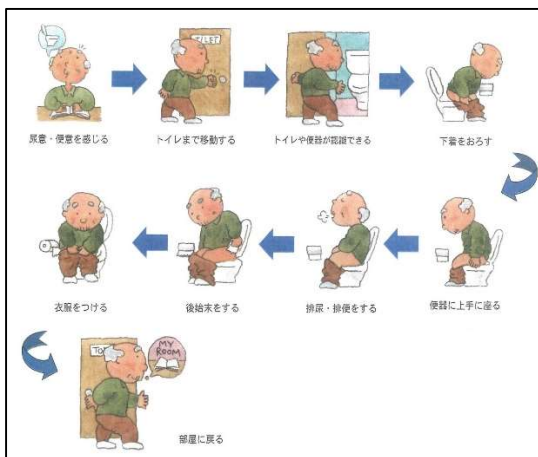
3日間の食事内容 水分量 _____ ml 経管・胃ろう：内容 _____ 量 _____

月日	朝食	昼食	夕食	間食	備考

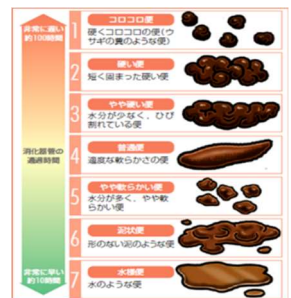
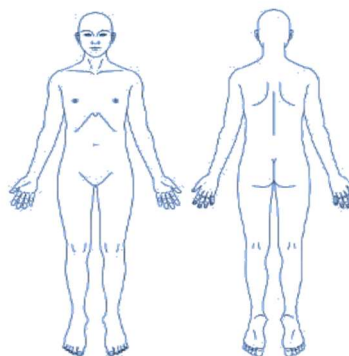
排泄関連動作のアセスメント

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) 移動手段 _____

排便方法：トイレ・P-トイレ・おむつ・その他 _____



身体状況



*月日は排便なしの日も記載

所属：

お名前：

月日(曜日)	時	便の性状							便の量						下剤・座薬・浣腸・ 摘便等 処置			食事・水分・ 生活状況・特記		
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6						

便の量 1：付着程度 2：うさぎ糞位 3：うずら卵位 4：鶏卵位 5：バナナ1位
6：バナナ（ ）本