**排泄ケア相談・支援報告書**

様式１

**１．相談の経緯・相談内容（主相談者の□に✔をいれて下さい。）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **【相談の経緯】** | **□本人** |  |
| **□家族** |  |
| **□ケアマネ等** |  |

**２．起きている問題と排泄アセスメント・排泄チェックシートにより把握した要因**

|  |  |
| --- | --- |
| **起きている問題** | **要因** |
|  |  |

**３．行った助言・指導**

|  |
| --- |
|  |

**４．結果（引き継ぎ先への引き継ぎ内容も詳細に記載）**

|  |
| --- |
|  |
| **□支援終了（□解決　・□課題は継続：理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**  **□支援継続**  **□別の相談窓口（すっきりん）に引き継ぎ（引継ぎ窓口：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**  **□医療機関等を紹介（紹介先：□主治医　　　　　　　　　□その他：　　　　　　　　　　　　　）** |

**５．対応情報　*※この報告書は、相談毎（相談日毎）に作成してください。***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **対象者名** |  | **相談日** | **令和　　年　　月　　日** | | **内容** | **排尿 　・ 　排便** |
| **支援者** | **事業所：　　　　　　　　　　　　　氏名：**  **※コンチネンスパートナー養成講座の修了（　有り　・　無し　）** | | | | | |
| **請求情報** | **相談種類** | | | **当てはまる金額に**  **○をつけてください** | | |
| **排泄アセスメント票を活用した支援・指導** | | | **１，０００円** | | |
| **排泄チェックシートを活用した支援・指導** | | | **３，０００円** | | |
| **訪問による支援** | | | **５００円** | | |

**排泄アセスメント票**

様式１-A

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | 性別 | | 男 ・ 女 | | | 生年月日  年齢 | | | | 年　 　月　 　日  　　　（　　　　　歳） | | | | | | 身長  体重 | cm  kg |
| 本人の  困りごと |  | | | | | | | | | | 家族の  困りごと | | | | |  | | | | |
| これまでの  対処方法 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 排尿方法 | □トイレ・□Pトイレ・□尿器・□おむつ内・□パットの使用（有・無）、  □留置カテーテル・□間欠導尿・□その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 排便方法 | □トイレ・□Pトイレ・□尿器・□おむつ内・□その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | 要支援 １・２  要介護 １・２・３  ４・５ | | | | ADL | | 移動手段：（　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　） | | | | | | | | | | | 認知  自立度 | | 自立  Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ  Ⅳ・Ⅴ・M |
| 現病歴 |  | | | | | | | | | 既往歴 | | | | |  | | | | | |
| 利用  サービス |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内服薬 | ※（　）内には効能、下剤・抗コリン剤等排泄に関連する内服薬には□に✔を入れてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　）  □　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　）  □　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | □　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　）  □　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　）  □　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　） | | | | | | |
| 食事 | 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  平均水分量 | | ㎖ | | | | | 栄養  管理 | | 経管 | | 内容：　　　　　　　　　　　　量： | | | | | | | | |
| 胃ろう | | 内容：　　　　　　　　　　　　量： | | | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | | | | | | | | | | 【家族構成】 | | | | |

【排尿について】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 状態 | 尿意（ 有・無 ）　尿失禁（ 有・無 ）　残尿感（ 有・無 ）　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 日中回数 | | 夜間回数 | 朝一の尿量 | 備考 |
|  | |  |  |  |

【排便について】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 状態 | 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 ）　痔（ 有・無 ）　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 排便周期 | | 便の性状 | 便の量 | 備考 |
|  | |  |  |  |

【３日間の食事記録票】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月日（曜日） | 朝食 | 昼食 | 夕食 | 間食 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **排**泄の動作 |
| ※できない動作に×をつけて下さい。  下着をおろす  トイレや便器が認識できる  トイレまで移動する  尿意・便意を感じる  衣服をつける  後始末をする  排尿・排便をする  便器に上手に座る  部屋に戻る |
| 身体状況 |
| 以下について観察し、人型イラストに記載してください。  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　）  その他の状態：麻　痺（　有　・　無　）  \\192.168.3.222\share\01.訪問看護\★訪問看護書類\☆訪問看護ﾅｰｼｰ\後方イラスト.JPG\\192.168.3.222\share\01.訪問看護\★訪問看護書類\☆訪問看護ﾅｰｼｰ\正面イラスト.JPG拘　縮（　有　・　無　）  痛　み（　有　・　無　）  手術痕（　有　・　無　）  冷　感（　有　・　無　） |

様式１-B1

**排尿チェック票（１日）**

氏名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 起床時間 | |  | | | 就寝時間 | |  | |
| 回数 | 時間 | | 失禁  ※有なら○ | 尿量  （ｍｌ） | | 水分摂取量  （ｍｌ） | | 備考 |
| １ | 時　　　分 | |  |  | |  | |  |
| ２ | 時　　　分 | |  |  | |  | |  |
| ３ | 時　　　分 | |  |  | |  | |  |
| ４ | 時　　　分 | |  |  | |  | |  |
| ５ | 時　　　分 | |  |  | |  | |  |
| ６ | 時　　　分 | |  |  | |  | |  |
| ７ | 時　　　分 | |  |  | |  | |  |
| ８ | 時　　　分 | |  |  | |  | |  |
| ９ | 時　　　分 | |  |  | |  | |  |
| 10 | 時　　　分 | |  |  | |  | |  |
| 11 | 時　　　分 | |  |  | |  | |  |
| 12 | 時　　　分 | |  |  | |  | |  |
| 13 | 時　　　分 | |  |  | |  | |  |
| 14 | 時　　　分 | |  |  | |  | |  |
| 合計 | １日排尿回数：　　　　　　回  日中：　　　　　　回  夜間：　　　　　　回 | | | １日排尿量：　　　　ml  最大排尿量：　　　　ml  最少排尿量：　　　　ml | | １日水分摂取量：  ml | |  |

**排便チェックシート（２週間）**

様式１-B2

氏名：

注）月日は排便がない日も記載して下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 時刻 | 便の性状 | | | 便の量 | | 便意 | 下剤・食事・水分・生活状況等 |
| 硬便 | 普通便 | 軟便 |
| ／  （ 　 ） | ： | 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 |  |  |

消化管の通過時間

非常に遅い（約100時間）

非常に速い（約10時間）

＜便の性状＞

＜便の量＞

|  |
| --- |
| １ 付着 |
| ２ うさぎのふんくらい |
| ３ うずらの卵くらい |
| ４ 鶏卵くらい |
| ５ バナナ1本くらい |
| ６ バナナ1本以上 |

＜便　意＞

|  |
| --- |
| ○ わかる |
| △ よくわからない |
| × わからない |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 硬便 | | 普通便 | | | 軟便 | |
| １ | ２ | ３ | ４ | ５  コロコロ便  硬い便  やや硬い便  普通便  やや柔らかい便  泥状便  水様便 | ６ | ７ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 硬くてコロコロ  ウサギの糞状 | ソーセージ状で  硬い | 表面にひび割れのあるソーセージ状 | 表面がなめらかなソーセージ状  （又はとぐろを巻く） | はっきりとしたシワのある柔らかい半固形状 | 境界がほぐれた不定形の小片や泥状 | 水様で固形物を含まない液体状 |

令和６年度排泄ケア相談・支援事業

様式２

委託料請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　額 |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |

（ただし　令和６年度排泄ケア相談・支援事業委託料として（　　月分）

（内訳）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 件数 | 単価 | 金額 |
| 排泄アセスメント票を活用した支援・指導 |  | 1,000 |  |
| 排泄チェックシートを活用した  支援・指導 |  | 3,000 |  |
| 訪問による支援 |  | 500 |  |
| 計 | | |  |

上記の金額を請求します。

令和　　年　　月　　日

（あて先）　小　松　市　長

（住　所）

（氏　名）

（担当者）　　　　　（連絡先）

（口座振込金融機関）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　融　機　関　名 | | 支　店　名 | |  | 預金種別 |
| 銀　　行  信用金庫  農　　協 | | 支店  支所 | |  | ・普　通  ・当　座  ・ |
| 口座番号(7ｹﾀ) |  | | 口　座　名　義　(ｶﾅ) | | |
|  |  | |  | | |

※　口座番号、口座名義等は、金融機関に確認のうえ、必ず記入してください。