

看護診断アセスメントツール

学生氏名 _____

Cluster 1 ; 健康知覚・健康管理パターン

指示されている自己管理はあるか

あり なし

*ありの場合はその項目と内容

指示は守られているか

可 不可

*不可の場合はその理由

身体損傷の危険因子

見当識低下 身体可動性障害 栄養不良

その他 _____

感染の危険因子

免疫能低下 *検査値はCluster 2による

その他 _____

転倒の危険因子

バランス能力の低下 歩行能力の低下 筋力の低下

その他 (_____)

薬物の服用 例 催眠剤 降圧剤 他 (_____)

感覚障害・聴覚障害・視覚障害

選択診断ラベル

- ①身体損傷リスク状態
- ②感染リスク状態
- ③転倒・転落リスク状態
- ④周手術期体位性身体損傷
リスク状態
- ⑤非効果的健康管理

Cluster 2 ; 栄養・代謝パターン

身長(_____) 体重(_____) BMI (_____)

一日摂取必要量の食事は摂れているか

可 不可 摂取カロリー _____

食欲はあるか

あり なし 理由(_____)

食事回数：(_____)/日 1日の平均摂取量：(_____)Kcal

一日飲水量(_____)ml

食事処方内容 _____

口腔粘膜障害

あり なし

部位： _____

状態： _____

嚥下困難の徴候

あり なし

食物残渣 むせる 咳き込む 舌運動の欠如

反復唾液嚥下試験(R S T T)：30秒に _____回

選択診断ラベル

- ①栄養摂取消費バランス異常
：必要量以上
- ②栄養摂取消費バランス異常
：必要量以下
- ③嚥下障害
- ④誤嚥リスク状態
- ⑤口腔粘膜障害
- ⑥体液量不足リスク状態
- ⑦皮膚総合障害
- ⑧皮膚総合性障害のリスク状態
- ⑨褥瘡リスク状態
- ⑩組織総合性障害

誤嚥の危険因子

- 意識レベルの低下
- 胃管カテーテルの挿入(経管栄養)
- 胃瘻造設
- 気管カニューレ装着
- 上半身挙上困難
- その他 _____

脱水の危険性

- 水分補給の必要性がわからない
- その他 _____

褥瘡の危険因子

- 感覚障害：痛覚() 触覚()
- 温度覚() その他()

骨の病変突出

部位：
状態：

褥瘡(表皮・真皮の破たん)

- あり なし
- ありの状態：深達度 ステージ 0 I II III IV
- 部位：

学生氏名 _____

パターンを超えて関連する検査値

Cluster 3 ; 排泄パターン

排尿回数：()回/日 夜間排尿：()回/日

1日尿量：()ml 1回尿量：()ml

尿意はあるか

- あり なし
- *なしの場合はその状態 _____

尿漏れ

- あり なし
- *ありの場合はどんな時か 例：くしゃみ 重い荷物を持ったとき

1日の尿漏れはどれくらいか _____

排便回数：()回/日 便の性状 _____

便失禁はあるか

- あり なし
- *ありの場合は症状 _____

選択診断ラベル

- ①便秘
- ②知覚的便秘
- ③下痢
- ④便秘リスク状態
- ⑤便失禁
- ⑥溢流性尿失禁
- ⑦反射性尿失禁
- ⑧腹圧性尿失禁
- ⑨切迫性尿失禁
- ⑩機能性尿失禁

便秘・下痢に関する腹部症状

あり なし

*ありの場合は症状

下剤・浣腸などを使用しているか

あり なし

*ありの場合内容と使用頻度 内容：_____

頻度：_____

関連事項

学生氏名 _____

Cluster 4 ; 活動・運動パターン

体温：()℃ 脈拍：()回/分

心電図変化：() 血圧：(/)mmHg

呼吸数：()回/分 SpO₂()%

労作時の不快感や倦怠感があるか

あり なし

*ありのときはその状態を記載

労作性の呼吸困難感はあるか

あり なし

*ありのときはその状態を記載

痰が出せる咳ができるか

可 不可

呼吸性副雑音：湿性ラ音(水泡音 捻髪音)

乾性ラ音(いびき音 笛声音)

中枢性運動麻痺はあるか

あり なし

ありの場合

重度麻痺：(随意運動なし、連合反応なし、弛緩性麻痺)

重度麻痺：(随意運動なし、連合反応のみ出現)

中等度麻痺：(共同運動パターンで随意運動出現)

中等度麻痺：(共同運動から分離運動可能)

軽度麻痺：(分離運動の回復、手指では完全進展とつまみ可能)

末梢運動麻痺はあるか

あり なし

ありの場合は

筋力の低下

あり なし

ありの場合MMT判定

部位：_____

選択診断ラベル

- ①非効果的気道浄化
- ②非効果的呼吸パターン
- ③末梢性神経血管性機能障害
リスク状態
- ④活動耐性の低下
- ⑤徘徊
- ⑥歩行障害
- ⑦身体手可動性障害
- ⑧床上移動障害
- ⑨移乗能力障害
- ⑩車椅子移動障害
- ⑪摂食セルフケア不足
- ⑫入浴セルフケア不足
- ⑬更衣セルフケア不足
- ⑭排泄セルフケア不足
- ⑮消耗性疲労

関節拘縮はあるか

あり なし

ありの場合ROM

部位： _____

起居動作は可能か

可 不可

不可の場合はその動作： _____

トランスファーは可能か

可 不可

不可の場合はその動作： _____

日常生活に必要な動作は可能か

可 不可

不可の場合 歩容とその速度 _____

歩行補助具 _____

車椅子の操作は可能か

可 不可

不可の場合はその動作： _____

徘徊行動は観られるか

あり なし

*ありの場合は行動を詳細に記載 _____

自力で摂食できるか

可 不可

不可の場合はその動作： _____

自力で排泄が可能か

可 不可

不可の場合はその動作： _____

自力で入浴できるか

可 不可

不可の場合はその動作： _____

自分で更衣(靴の着脱)は可能か

可 不可

*不可の場合はその状況 _____

自力で整容(洗面、整髪、髭剃り)が可能か

可 不可

*不可の場合はその状況 _____

学生氏名 _____

ADL評価

0：自立

1：補助具・自助具で自立

3：一部介助すれば動作が可能

4：全面的に介助を要する

疲労感の訴えはあるか

あり なし

*ありの場合はその状況 _____

日常生活での変化はあるか

あり なし

*ありの場合はその状況 _____

末梢部分への機械的な圧迫の危険因子 例：ギプス 副木

関連事項

学生氏名 _____

Cluster 5 ; 睡眠・休息パターン

入眠困難の訴え

あり なし

*ありの場合はその状況 _____

睡眠維持困難／早朝覚醒の訴え

あり なし

*ありの場合はその訴え _____

関連事項 睡眠剤使用など _____

選択診断ラベル

①不眠

②睡眠パターンの混乱

Cluster 6 ; 認知・知覚パターン

疼痛の訴えはあるか

あり なし

*ありの場合はその程度 Face rating scale (0・1・2・3・4・5)

痛みの部位 _____

痛みが起こってからの期間 _____

痛みの表出行動 _____

健忘などの徴候があるか

あり なし

*ありの場合は状態 _____

見当識障害があるか

あり なし

*ありの場合は状態 _____

選択診断ラベル

①急性疼痛

②慢性疼痛

③急性混乱

④慢性混乱

⑤記憶障害

⑥片側無視

⑦状況解釈障害性

⑧感覚減弱

興奮または落ち着きのなさがあるか

学生氏名 _____

あり なし

*ありの場合は状態 _____

意識レベルの変動はあるか

あり なし

ありの場合(JCS) ()

I : 刺激がなくても覚醒している	1. 意識明瞭とはいえず、今一つはっきりしない
	2. 見当識障害がある(場所・時・人)
	3. 自分の名前・生年月日が言えない
II : 刺激をすると覚醒するが刺激をやめると覚醒しない	10. 普通の呼びかけで容易に開眼する
	20. 大きな声または体を揺さぶることにより開眼するやめると眠ってしまう
	30. 痛み刺激を与えつつ声掛けを繰り返すと辛うじて開眼する
III : 刺激しても覚醒しない	100. 痛み刺激に対して払いのける動作をする
	200. 痛み刺激に対して少し手足を動かしたり、顔をしかめたりする
	300. 痛み刺激に全く反応しない

感覚の変化はあるか *各項目のありの場合はその状態

あり なし

*ありの場合はその部位 _____

表在覚 触覚：鈍麻・消失

痛覚：鈍麻・消失・過敏

温度覚：鈍麻・消失・過敏

視覚の混乱 _____

聴覚の混乱 _____

味覚 _____

嗅覚 _____

半側空間無視はあるか

あり なし

*ありの場合はその状況 _____

Cluster 7 ; 自己知覚・自己概念パターン

不安の徴候はあるか

あり なし

*ありの場合はその状態 _____

ケアや意思決定に参加しない行動

あり なし

*ありの場合はその状態

身体の障害・喪失部分を隠す、または過度に露出するような行動

あり なし

*ありの場合はその状態

自己の身体機能や能力について否定的な発言や行動

あり なし

*ありの場合はその状態

関連事項

学生氏名 _____

選択診断ラベル

- ①不安
- ②無力感
- ③自己尊重状況低下
- ④ボディイメージ混乱
- ⑤恐怖

Cluster 8 ; 役割・関係パターン

つらいこと、悲しいことがあるか

あり なし

そのことは病気に関係があるか あり なし

予期的あるいは喪失の事実はあるか あり なし

*予期あるいは喪失の事実

喪失の事実に関する患者の情緒の反応

言語障害はあるか

あり なし

*ありの場合

自発話 _____

呼称： _____

復唱： _____

書写： _____

理解： _____

麻痺性構音障害

関連事項

選択診断ラベル

- ①言語的コミュニケーション障害
- ②悲嘆複雑化
- ③予期悲嘆

Cluster 9 ; 性・生殖パターン

性的機能に関して心配ごとはあるか

あり なし

*ある場合はその状態

関連事項

選択診断ラベル

- ①性的機能障害

Cluster10 ; コーピングストレス耐性パターン

学生氏名 _____

自殺の危険因子

- 自殺企図の既往
- 憂鬱な状況を不安な口調で訴える
- 肉体的苦痛を伴う病気にかかっている(長期にわたる痛みなど)
- その他

*ありの場合はその状況 _____

選択診断ラベル

- ① 自殺リスク状態
- ② 適応障害
- ③ 自己傷害リスク状態

病気に対するストレスを感じることもあるか

- あり
- なし

*ありの場合はその状況を具体的に記載 例: 健康に関する受容・非受容

病気になってかわったこと、できなくなったことはあるか

- 身体の一部
- 身体の機能
- 生活習慣
- 気持ち
- その他 _____

関連事項 _____

Cluster11 ; 価値・信念パターン

家族や知人、または重要他者との交流の変化

- あり
- なし

*ありの場合はその状況を記載

選択診断ラベル

- ① 霊的苦悩

関連事項 _____