

デイホーム野沢 アセスメント表

記載日 年 月 日

利用者氏名 _____ 生年月日 (M・T・S) 年 月 日生 (男・女)

デイホーム野沢での入浴形態 (大浴槽・個別浴槽リフト浴)

【注】浴槽の形態につきましては下記の画像を参考にして下さい。

基本血圧 参考血圧 ※看護師MA参照

数値：血圧上 (150 以上 100 以下) 下 (90 以上 50 以下) 脈 (90 以上 50 以下)

体温 (37.0 度以上 35.0 以下)

(上記血圧の範囲で 可 ・ 下記個人バイタル設定)

平均バイタル

- ・上の血圧 収縮期圧 _____ mmHg 以上もしくは 収縮期圧 _____ mmHg 以下の場合
- ・下の血圧 拡張期圧 _____ mmHg 以上もしくは 拡張期圧 _____ mmHg 以下の場合
- ・脈拍が、 _____ 以上もしくは _____ 以下の場合
- ・体温が _____ °C 以上もしくは _____ °C 以下の場合

入浴前に上記の数値が明らかになった場合、中止致します。

感染症の確認 こちらに記入下さい。

⑥ 入浴後に治療箇所が (ある / ない)

⑦ ⑥であると答えた方は、具体的にご記入下さい。

⑧ その他、入浴時、注意すべきことがあれば、ご記入下さい。

アレルギー (+ ・ -) 【 】
疥癬 (+ ・ -)
梅毒 (+ ・ -)
肝炎 (+ ・ -)
その他 ()

医療機関名 _____ 医師名 _____

住所 〒 _____

TEL _____ FAX _____

【 個別浴槽 】



*リフト座面に座り、そのまま浴槽へ入れます。

【 大浴槽 】



*浴槽をまたいでの入湯になります。