

状態チェック表

本チェック表はご遺体に関わるすべての人の感染事故防止を目的としています。

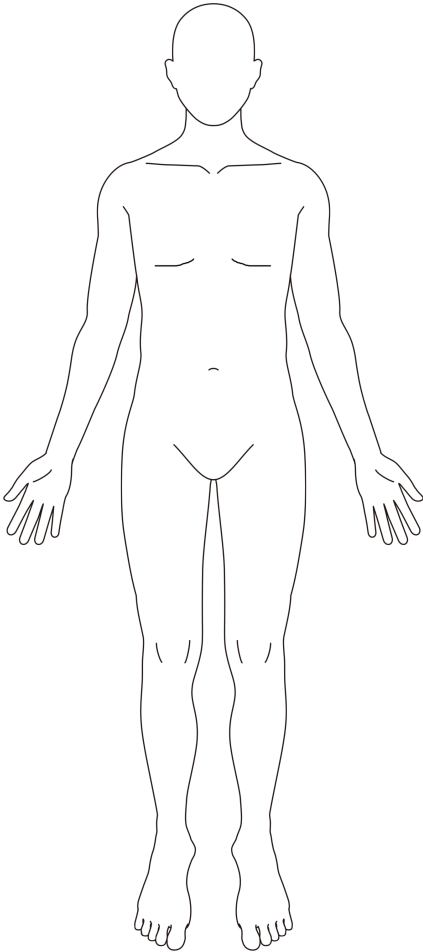
記入日時 年 月 日 ()

氏名 (故人)

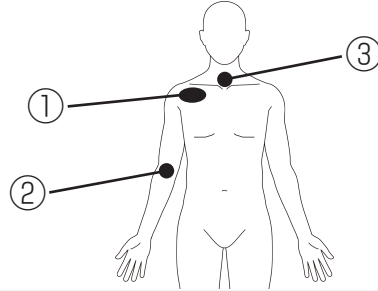
(男 ・ 女)

担当看護師 氏名 (記入者名)

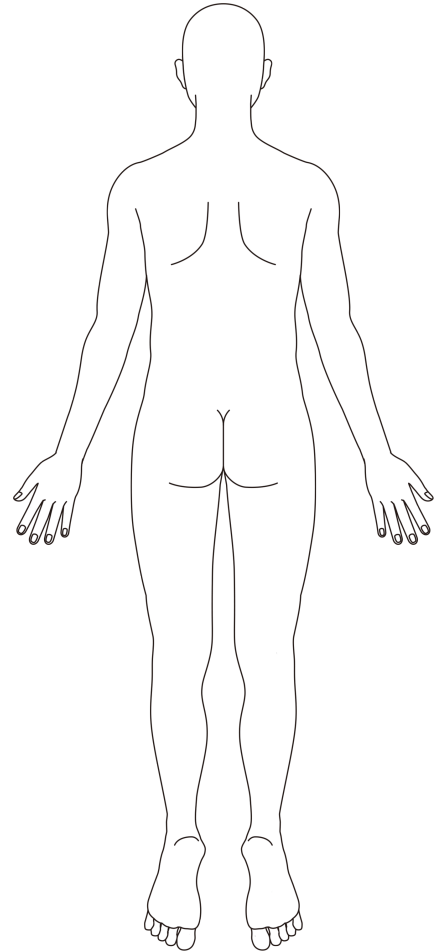
前



全身図 (創、注射針痕等を書き入れる)



後



① カテーテル等の挿入	有 ・ 無
② その他注射針跡	有 ・ 無
③ 気管切開	有 ・ 無
④ 外傷	有 ・ 無
⑤ 褥瘡・床ずれ	有 ・ 無
⑥ 表皮剥離	有 ・ 無
⑦ 水疱形成	有 ・ 無
⑧ その他疾病等による創 (記入例) ストーマパウチ有り	有 ・ 無

ペースメーカー 有 ・ 無

病理解剖 有 ・ 無

出血傾向 有 ・ 無

体液貯留／腹水 有 ・ 無

／腹水 有 ・ 無

／全身性浮腫 有 ・ 無

その他・特記事項

(記入例) 動脈瘤破裂により、気管および消化管に残留血液あり

※故人様を安心してお見送りするための資料としてご利用ください。

※記載に関しては注意を払っておりますが漏れ等ありましたら、ご容赦ください。

※故人様の状態は変化する可能性もあり、記載内容がすべてをあらわすものではありません。

※個人情報のため取扱いには注意をお願いします。また、不要になった場合の廃棄にもご注意ください。