

転ばぬ先のチェックシート

ご家族や身近な方と一緒に チェックしてください。
当てはまることが多いほど 転倒の可能性が高くなります。
ご確認いただけましたら 署名をお願いいたします。

※ この書類は、入院時に持参し、病棟で看護師にお渡しください。

<input type="checkbox"/> 視力が低下したり、視野が欠けている
<input type="checkbox"/> 新聞の字や人の顔などが見えにくい
<input type="checkbox"/> 耳が遠くなった
<input type="checkbox"/> 新しいことがなかなか覚えられない
<input type="checkbox"/> よく物忘れをする
<input type="checkbox"/> 意識が混乱することがある
<input type="checkbox"/> 手足にしびれや麻痺(まひ)などがある
<input type="checkbox"/> 意識していないのに、体のどこかに揺れがある
<input type="checkbox"/> ふらつきがある
<input type="checkbox"/> 立ちくらみをすることがある
<input type="checkbox"/> 立ったまま、ズボン や スカート をはくことができない
<input type="checkbox"/> 歩くのが遅くなった
<input type="checkbox"/> 杖や手押し車を普段から使用している
<input type="checkbox"/> 日頃よくつまずいたり、すべったりする
<input type="checkbox"/> ここ1年間に転んだ経験がある
<input type="checkbox"/> 夜間トイレに行く(回位)
<input type="checkbox"/> 下剤や利尿剤を飲んでいて、よくトイレ に行く
<input type="checkbox"/> 眠り薬を飲んでいる
<input type="checkbox"/> 血圧を下げる薬を飲んでいる
<input type="checkbox"/> 精神安定剤を飲んでいる
<input type="checkbox"/> 入院生活は初めてである
<input type="checkbox"/> 自宅では布団で寝ている
<input type="checkbox"/> ご家族からのコメント

平成 年 月 日

転ばないように
ご注意ください

ご本人の署名

ご家族の署名

