

あなたの

## 転倒・転落の危険度は？

日付	
患者氏名	
記入者	ご本人 ・ ご家族

○×でお答え下さい

1. 過去 1 年以内に転倒・転落したことがある。	
2. 目や耳が悪い。	
3. 麻痺やしびれがあるなど、手足が不自由である。 骨や関節が悪い。	
4. 動くときに道具（車椅子・杖など）介助が必要である。 寝たきり状態だが寝返りができる。	
<small>はんだんりよく りかいいりよく きおくりよく</small> 5. 判断力・理解力・記憶力が悪い。 突然、怒り出したり、暴れたりする事がある。	
6. 睡眠剤・下剤・パーキンソン病薬・麻薬・抗癌剤 などを内服している。	
7. トイレ介助が必要である。 尿・便を失禁することがある。 トイレに行く回数が多い。	

○が1 つでもある方は転倒の危険があります！

転倒してケガをしないように、医師・看護師・患者様・ご家族様と相談していきましょう。