

		電気けいれん療法クリニカルパス () コース () 回目					疾患		除外																																																																										
氏名		生年月日 年 月 日 (歳)			性別	男	女	身長	cm	体重	kg	<input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 統合失調症以外の精神性障害 <input type="checkbox"/> 双極性障害躁病相 <input type="checkbox"/> 双極性障害混合相 <input type="checkbox"/> 双極性障害うつ病相 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 強迫性障害 <input type="checkbox"/> 器質性精神障害 <input type="checkbox"/> 悪性候群 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 慢性疼痛 <input type="checkbox"/> その他 ()		<担当医1>																																																																					
症状		<一次適応> <input type="checkbox"/> 深刻な焦燥感・興奮 <input type="checkbox"/> 自傷他害 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 全身状態の衰弱 <input type="checkbox"/> 患者の希望 <input type="checkbox"/> ECTが有効だった治療歴 <input type="checkbox"/> 緊張病 <input type="checkbox"/> 精神病症状を伴う躁病			<二次適応> <input type="checkbox"/> 治療への無反応 <input type="checkbox"/> 副作用に対する忍容性の欠如 <input type="checkbox"/> 精神病状態の悪化 <input type="checkbox"/> 希死念慮の表面化			<input type="checkbox"/> 栄養不良 <input type="checkbox"/> 予防 <input type="checkbox"/> ECT後の再燃・再発		<input type="checkbox"/> 脳電気刺激装置 <input type="checkbox"/> 3ヵ月以内の不安定で重度の心血管疾患 <input type="checkbox"/> 頭蓋内圧亢進の恐れのある脳占拠性病変		<input type="checkbox"/> 3ヵ月以内の脳梗塞 <input type="checkbox"/> 重度の呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 重症の骨折 <input type="checkbox"/> PS4 <input type="checkbox"/> PS5		<担当医2>																																																																					
治療前日まで (/)		治療当日 (/)		入室 (:)		導入 (:)		通電 (:)		退室 (:)		治療後1日 (状)																																																																							
アウトカム・アセスメント	身体的準備が整っている		身体的準備が整っている		安全に治療を受けることができる		副作用の症状・所見がない		副作用の症状・所見がない																																																																										
	<身体疾患など> <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 () <input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 () <input type="checkbox"/> 肺窩静脈より上流の血栓症 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 () <input type="checkbox"/> 悪性高熱など麻酔合併症 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 () <input type="checkbox"/> 網膜剥離、緑内障 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> くんかん <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 歯科的問題 <input type="checkbox"/> 体内金属 (眉墨、入れ墨、植毛含む) <input type="checkbox"/> その他 ()		<前回ECT> ECT期間: (~) 計 () 回 麻酔薬 ○プロポフォール () mg, ○チオペンタール () mg, ○その他 () mg, 筋弛緩薬 ○スキサメトニウム () mg, ○ロクロニウム () mg, ○その他 () mg, 心電図所見 ○無 ○有 () 降圧薬使用 ○無 ○有 () その他薬剤 ○無 ○有 ()		通電回数 ○1回 ○2回 ○3回 増強 <input type="checkbox"/> アナキセート <input type="checkbox"/> 麻酔薬減量 <input type="checkbox"/> 麻酔薬変更 <input type="checkbox"/> 麻酔深度調整 <input type="checkbox"/> パラメータ変更 <input type="checkbox"/> 薬剤 () <input type="checkbox"/> その他 ()		<術後回診>見当識障害 無/有 (時/場所/人) <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> その他の疼痛・しびれ <input type="checkbox"/> 熱傷・皮膚トラブル <input type="checkbox"/> その他 ()		<重症度・認知機能>HAM-D17 () 点, BPRS () 点, YMRS () 点, BFCRS () 点, GAF () 点, CGI-S () 点, MMSE () 点, その他 () () () 点		<歯科的問題・口の外傷 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> その他の疼痛・しびれ <input type="checkbox"/> 熱傷・皮膚トラブル <input type="checkbox"/> その他 ()		<処置や対応が必要な有害事象> <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> コントロール不能な高血圧 <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> けいれん発作の遷延 <input type="checkbox"/> 発作後せん妄 <input type="checkbox"/> 歯科的問題・口の外傷 <input type="checkbox"/> 熱傷・皮膚トラブル <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> その他の疼痛・しびれ <input type="checkbox"/> 重篤な感染症 <input type="checkbox"/> 著しい血液検査の異常 <input type="checkbox"/> 躁転 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他 ()																																																																						
	<検査所見>胸腹部X線: ○無 ○有 () 心電図 ○無 ○有 () 頭部画像 ○無 ○有 () 脳波 ○無 ○有 () 採血 ○無 ○有 () その他 () ○無 ○有 ()		○LOW0.5 ○LOW0.25 ○USER SET パルス幅 () ms, 周波数 () Hz, 電極配置 () 初回電気量 () %, 最終電気量 () % 増強 無・有 () その他 ()		○LOW0.5 ○LOW0.25 ○その他パルス幅 () ms, 周波数 () Hz, 刺激量 () %, 静的インピーダンス () Ω, 電極配置 ○前頭部両側性 ○前側頭部両側性 ○側頭部両側性 ○右片側性 筋電図 () s, 脳波 () s 律動的高振幅発作波 ○有 ○無 発作後抑制 ○有 ○無 交感神経の興奮 ○有 ○無 十分な発作時間 ○有 ○無 発作評価 ○適切発作 ○不適切発作 → ○当日再通電 ○次回刺激量 () %に変更 ○その他 ()		麻酔薬使用量 () mg 筋弛緩薬 使用量 () mg 心電図所見 無/有 内容 () 降圧薬使用 無/有 内容 () その他薬剤 無/有 内容 ()		<バイタル基準> T ≤ 37.5℃, P : 50~100/分, R : 12~20/分, BP : 90~180/40~100mmHg, SpO2 ≥ 90%		<処置や対応が必要な有害事象> <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> コントロール不能な高血圧 <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> けいれん発作の遷延 <input type="checkbox"/> 発作後せん妄 <input type="checkbox"/> 歯科的問題・口の外傷 <input type="checkbox"/> 熱傷・皮膚トラブル <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> その他の疼痛・しびれ <input type="checkbox"/> 重篤な感染症 <input type="checkbox"/> 著しい血液検査の異常 <input type="checkbox"/> 躁転 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他 ()																																																																								
	<重症度・認知機能>HAM-D17 () 点, BPRS () 点, YMRS () 点, BFCRS () 点, GAF () 点, CGI-S () 点, MMSE () 点, その他 () () () 点		T ≤ 37.5℃, P : 50~100/分, R : 12~20/分, BP : 90~180/40~100mmHg, SpO2 ≥ 90%		<処置や対応が必要な有害事象> <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> コントロール不能な高血圧 <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> けいれん発作の遷延 <input type="checkbox"/> 発作後せん妄 <input type="checkbox"/> 歯科的問題・口の外傷 <input type="checkbox"/> 熱傷・皮膚トラブル <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> その他の疼痛・しびれ <input type="checkbox"/> 重篤な感染症 <input type="checkbox"/> 著しい血液検査の異常 <input type="checkbox"/> 躁転 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他 ()		<バイタル基準> T ≤ 37.5℃, P : 50~100/分, R : 12~20/分, BP : 90~180/40~100mmHg, SpO2 ≥ 90%		<処置や対応が必要な有害事象> <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> コントロール不能な高血圧 <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> けいれん発作の遷延 <input type="checkbox"/> 発作後せん妄 <input type="checkbox"/> 歯科的問題・口の外傷 <input type="checkbox"/> 熱傷・皮膚トラブル <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> その他の疼痛・しびれ <input type="checkbox"/> 重篤な感染症 <input type="checkbox"/> 著しい血液検査の異常 <input type="checkbox"/> 躁転 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他 ()																																																																										
観察	医師サイン ()		医師サイン ()		医師サイン ()		医師サイン ()		医師サイン ()		医師サイン ()																																																																								
	自動看護師サイン () T () °C <input type="checkbox"/> 見当識障害 (時/場所/人) <input type="checkbox"/> 健忘 P () /分 <input type="checkbox"/> 歯科的問題 <input type="checkbox"/> 誤嚥 R () /分 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 熱傷/皮膚トラブル BP (/) mmHg <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 筋肉痛 SpO2 () % <input type="checkbox"/> その他 ()		自動看護師サイン () T () °C <input type="checkbox"/> 見当識障害 (時/場所/人) <input type="checkbox"/> 健忘 P () /分 <input type="checkbox"/> 歯科的問題 <input type="checkbox"/> 誤嚥 R () /分 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 熱傷/皮膚トラブル BP (/) mmHg <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 筋肉痛 SpO2 () % <input type="checkbox"/> その他 ()		ニュート看護師サイン () T () °C <input type="checkbox"/> 見当識障害 (時/場所/人) <input type="checkbox"/> 健忘 P () /分 <input type="checkbox"/> 歯科的問題 <input type="checkbox"/> 誤嚥 R () /分 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 熱傷/皮膚トラブル BP (/) mmHg <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 筋肉痛 SpO2 () % <input type="checkbox"/> その他 ()		ニュート看護師サイン () T () °C <input type="checkbox"/> 見当識障害 (時/場所/人) <input type="checkbox"/> 健忘 P () /分 <input type="checkbox"/> 歯科的問題 <input type="checkbox"/> 誤嚥 R () /分 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 熱傷/皮膚トラブル BP (/) mmHg <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 筋肉痛 SpO2 () % <input type="checkbox"/> その他 ()		ニュート看護師サイン () T () °C <input type="checkbox"/> 見当識障害 (時/場所/人) <input type="checkbox"/> 健忘 P () /分 <input type="checkbox"/> 歯科的問題 <input type="checkbox"/> 誤嚥 R () /分 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 熱傷/皮膚トラブル BP (/) mmHg <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 筋肉痛 SpO2 () % <input type="checkbox"/> その他 ()		ニュート看護師サイン () T () °C <input type="checkbox"/> 見当識障害 (時/場所/人) <input type="checkbox"/> 健忘 P () /分 <input type="checkbox"/> 歯科的問題 <input type="checkbox"/> 誤嚥 R () /分 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 熱傷/皮膚トラブル BP (/) mmHg <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 筋肉痛 SpO2 () % <input type="checkbox"/> その他 ()																																																																								
	処置 <input type="checkbox"/> 麻酔科依頼確認 <input type="checkbox"/> マニキュア、指輪除去		<input type="checkbox"/> 上半身前開きパジャマ <input type="checkbox"/> 肌着・下着 (上)・靴下・弾性ストッキング除去 <input type="checkbox"/> 金属類 (眼鏡、時計、ヘアピン、補聴器、湿布等) 除去		<input type="checkbox"/> SpO2、ECG、血圧計装着 <input type="checkbox"/> タニケット装着 <input type="checkbox"/> 全身筋弛緩確認 <input type="checkbox"/> サイマトロンモニター装着 <input type="checkbox"/> 電極パッド貼付 <input type="checkbox"/> インピーダンス確認 <input type="checkbox"/> サイマトロンモニター確認		<input type="checkbox"/> タニケット () mmHg加圧 <input type="checkbox"/> 全身筋弛緩確認 <input type="checkbox"/> マウスガード装着		<input type="checkbox"/> 人や酸素マスク接触なし <input type="checkbox"/> 電極配置、刺激量設定復唱 <input type="checkbox"/> 発作終了確認 <input type="checkbox"/> タニケット減圧 <input type="checkbox"/> サイマトロンモニター撤去 <input type="checkbox"/> 電極パッド撤去		<input type="checkbox"/> 酸素3Lカニューレ <input type="checkbox"/> SpO2、ECG、血圧計撤去 <input type="checkbox"/> 移動用ECG、SpO2装着		<input type="checkbox"/> 居室1時間ECG、血圧計、SpO2モニター <input type="checkbox"/> 居室1時間で酸素終了																																																																						
	食事 <input type="checkbox"/> ECT当日朝食/昼持ち食指示確認 <input type="checkbox"/> () 時以降禁食、水/お茶/OS-1は可 <input type="checkbox"/> 飲食物預かり		<input type="checkbox"/> 治療3時間前より飲水禁止								<input type="checkbox"/> 居室2時間で嚥下を確認して飲水/食事開始																																																																								
内服 <input type="checkbox"/> ECT前日内服/注射薬確認 <input type="checkbox"/> ECT当日内服/注射薬確認 <input type="checkbox"/> () 時まで屯用薬 () 使用可		<input type="checkbox"/> 朝食・朝注射中止 ただし () は継続 <input type="checkbox"/> 昼薬・昼注射中止								<input type="checkbox"/> 居室2時間で嚥下を確認して内服開始																																																																									
タスク	<input type="checkbox"/> ECT当日DIV指示確認 <input type="checkbox"/> ECT当日麻酔/筋弛緩薬請求準備 <table border="1"> <thead> <tr> <th>規格</th> <th>量</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>200mg</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>0.5g</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>40mg</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>50mg</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>200mg</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td>A</td> </tr> </tbody> </table>		規格	量	200mg	A	0.5g	A		A		A	40mg	A	50mg	A	200mg	A		A		A		A	<input type="checkbox"/> 治療 () 時間前より細胞外液点滴 () mL/時で開始 <input type="checkbox"/> 静脈留置針 (22G, 24G) 部位 ()		<input type="checkbox"/> 点滴滴下確認		<input type="checkbox"/> 麻酔/筋弛緩薬漏れなし		<input type="checkbox"/> 使用薬確認 <table border="1"> <thead> <tr> <th>規格</th> <th>量</th> <th>使用量</th> <th>残量</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>200mg</td> <td>A</td> <td>mg</td> <td>mg</td> </tr> <tr> <td>0.5g</td> <td>A</td> <td>g</td> <td>g</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>A</td> <td></td> </tr> <tr> <td>40mg</td> <td>A</td> <td>mg</td> <td></td> </tr> <tr> <td>50mg</td> <td>A</td> <td>mg</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>A</td> <td></td> </tr> <tr> <td>200mg</td> <td>A</td> <td>mg</td> <td>mg</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>A</td> <td></td> </tr> <tr> <td>20mL</td> <td>A</td> <td>mL</td> <td>mL</td> </tr> <tr> <td>20mL</td> <td>A</td> <td>mL</td> <td>mL</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>() L/分</td> <td>分</td> </tr> </tbody> </table>		規格	量	使用量	残量	200mg	A	mg	mg	0.5g	A	g	g			A		40mg	A	mg		50mg	A	mg				A		200mg	A	mg	mg			A		20mL	A	mL	mL	20mL	A	mL	mL			() L/分	分	<input type="checkbox"/> 居室2時間で食事摂取を確認して点滴終了		
	規格	量																																																																																	
	200mg	A																																																																																	
	0.5g	A																																																																																	
	A																																																																																		
	A																																																																																		
40mg	A																																																																																		
50mg	A																																																																																		
200mg	A																																																																																		
	A																																																																																		
	A																																																																																		
	A																																																																																		
規格	量	使用量	残量																																																																																
200mg	A	mg	mg																																																																																
0.5g	A	g	g																																																																																
		A																																																																																	
40mg	A	mg																																																																																	
50mg	A	mg																																																																																	
		A																																																																																	
200mg	A	mg	mg																																																																																
		A																																																																																	
20mL	A	mL	mL																																																																																
20mL	A	mL	mL																																																																																
		() L/分	分																																																																																
<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル留置 (有/無)		<input type="checkbox"/> 身体拘束無/有 (体幹/左上肢/右上肢/左下肢/右下肢/肩) <input type="checkbox"/> トイレ誘導/尿流出良好		<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 拘束無/有 (体幹/左上肢/右上肢/左下肢/右下肢/肩) 通電時除去		<input type="checkbox"/> 拘束無/有 (体幹/左上肢/右上肢/左下肢/右下肢/肩) <input type="checkbox"/> 居室1時間で付き添い歩行開始 <input type="checkbox"/> トイレ誘導/尿流出良好																																																																													
<input type="checkbox"/> ひげ剃り		<input type="checkbox"/> 洗顔 (化粧・整髪料・コンタクト不可) <input type="checkbox"/> 口腔ケア																																																																																	
<input type="checkbox"/> 看護ワークシート確認 <input type="checkbox"/> 同意書日付 (治療 / /) 麻酔 (/ /) , 同意者 ()		<input type="checkbox"/> 看護ワークシート <input type="checkbox"/> 麻酔記録 <input type="checkbox"/> 申し送り表 <input type="checkbox"/> 会計伝票 <input type="checkbox"/> 前回脳波 <input type="checkbox"/> 治療同意書 <input type="checkbox"/> 麻酔同意書		<input type="checkbox"/> 看護ワークシート <input type="checkbox"/> 麻酔記録 <input type="checkbox"/> 申し送り表 <input type="checkbox"/> 会計伝票 <input type="checkbox"/> 前回脳波 <input type="checkbox"/> 麻酔同意書 <input type="checkbox"/> 治療同意書		<input type="checkbox"/> 看護ワークシート <input type="checkbox"/> 麻酔記録 <input type="checkbox"/> 申し送り表 <input type="checkbox"/> 会計伝票 <input type="checkbox"/> 前回脳波 <input type="checkbox"/> 治療同意書 <input type="checkbox"/> 麻酔同意書		<input type="checkbox"/> 看護ワークシート <input type="checkbox"/> 麻酔記録 <input type="checkbox"/> 申し送り表 <input type="checkbox"/> 会計伝票 <input type="checkbox"/> 前回脳波 <input type="checkbox"/> 治療同意書 <input type="checkbox"/> 麻酔同意書		<input type="checkbox"/> 飲食/歩行開始時期説明		<input type="checkbox"/> 次回予定説明																																																																							
<input type="checkbox"/> 患者オリエンテーション <input type="checkbox"/> 食事禁止説明		<input type="checkbox"/> 飲食禁止説明																																																																																	
<input type="checkbox"/> 患者識別バンド <input type="checkbox"/> アンビュバッグ <input type="checkbox"/> マグネット <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ、酸素カニューレ、ECG/SpO2モニター <input type="checkbox"/> ベッド欄・ベッドハンドル <input type="checkbox"/> ヘッドボード・枕除去		<input type="checkbox"/> 患者確認○前 ○後 <input type="checkbox"/> ベッド環境調整○前 ○後 <input type="checkbox"/> 患者識別バンド <input type="checkbox"/> アンビュバッグ <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ、酸素カニューレ、ECG/SpO2モニター <input type="checkbox"/> マグネット																																																																																	
バランス <input type="checkbox"/> アウトカム達成 (理由) クリニカルパス逸脱・継続・継続一部変更有 内容 ()		<input type="checkbox"/> アウトカム達成 (理由) クリニカルパス逸脱・継続・継続一部変更有 内容 ()		<input type="checkbox"/> アウトカム達成 (理由) クリニカルパス逸脱・継続・継続一部変更有 内容 ()		<input type="checkbox"/> アウトカム達成 (理由) クリニカルパス逸脱・継続・継続一部変更有 内容 ()		<input type="checkbox"/> アウトカム達成 (理由) クリニカルパス逸脱・継続・継続一部変更有 内容 ()		<input type="checkbox"/> アウトカム達成 (理由) クリニカルパス逸脱・継続・継続一部変更有 内容 ()																																																																									