

患者氏名 ()

看護アセスメント

食欲	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他 ()
嚥下状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル挿入
移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
体位交換	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助
転倒リスク	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 高 転倒スケール：() 点
睡眠時間	() 時間/日
熟眠感	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
追加睡眠導入薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ () 回/週
希死念慮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
自殺企図歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ () 回
暴力行為	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
治療への拒否	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ (拒薬・拒食・その他)
せん妄	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
見当識障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ (人 ・ 場所 ・ 時間)
安静保持	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
飲食制限の了解	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
点滴抜去リスク	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 高
自己抜去歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
眼鏡・コンタクトレンズ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
補聴器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ (本/日)
その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

記載看護師サイン () 記載日： 年 月 日

(国立精神・神経医療研究センター提供)

(野田隆政：医療連携用資料。ECT グッドプラクティス (日本精神神経学会 ECT・r TMS 等検討委員会編)。新興医学出版社，2020，p 234)