急性期治療病棟入院時チェック表　　氏名　　　　　　　　　　　　　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 準備（　入院担当者　）   |  |  | | --- | --- | | □ 部屋番号  □ 食事の席  □ 主治医  □ 担当Ns  □ 担当PSW  □ 介護士 | [　　　　　　　　　　　　]  [　　　　　　　　　　　　]  [　　　　　　　　　　　　]  [　　　　　　　　　　　　]  [　　　　　　　　　　　　]  ベッドメーキング依頼 |   患者様、ご家族への確認　　（　入院担当者　）   |  |  | | --- | --- | | □ Ｖ.Ｓ.  □ ECG  □ 身長  □ 体重 | T P BP / SPO2　　　瞳孔  [　　　　　　　　　　　　]  [　　　　　　　　　　　　] | | □ ボディチェック、全身皮膚チェック、記録  □ お薬手帳、持参薬　　　　有　・　無  □ アナムネ聴取  □　転棟・転落スコアシート記入  □　転棟・転落スコアシート・説明書2枚サイン受け  □　衣類・日用品管理者　　[　　　　　　　　　　　　]  □　可否：エプロン/テレカ/洗濯/トロミ/おむつ  □　私物預かりノート作成と記載  □　本人の携帯番号確認  □　ご家族が帰られる際PSW/事務 確認  □ オリエンテーション　パンフレット参照  □　トイレ場所確認 | |   情報収集　（　データベースⅠ中止の為　）   |  | | --- | | □　予防接種　肺炎球菌　　　年　　　月　　　日  インフル　　　年　　　月　　　日  □ 嗜好品　有・無　[購入者：　　　　管理者：　　　　　]  □ 喫煙歴　有・無　[購入者：　　　　管理者：　　　　　]  □ 補聴器　有・無　[管理者：　　　　　　　　　　　　　　]  □ めがね　有・無  □ コンタクト　有・無  □ 最終月経　　　　[　　　/　　　: 閉経　 　　歳 ]  □ 他、看護記録やサマリーなどへ残す |   指示確認　（ リーダー ）   |  | | --- | | □ 持参薬：　残薬服用期間早めに記入忘れずに  □ 内服：　精神科［　　　　　　]　　内科［　　　　　　]  □ 屯用：　最終排便によっては当日下剤処方受け  □ 検査：　心理検査は処方箋に転記し心理BOXへ  □ 食事：　概ね外来で処方済み  □ 指示：　OT / PT / 処置  □ 行動制限  □ 持込物品 | | 氏名記入 （　入院担当者　）   |  | | --- | | □ 検査：　伝票、スピッツ、検尿用紙、検尿コップ  □ 最終排便：　下剤管理表  □ ホワイトボード：　人数、救護区分  □ ネーム：　ベッド、病室、WBネーム、カルテ、薬  □ 紙面：　受持表、検温板、食事摂取表、  □ PC：　主治医一覧 |   入院カンファ　（ 入院担当者　）   |  | | --- | | □ 必要な情報を看護記録に残す  Dr：現病歴、治療方針、薬の変化、ご家族の情報  PSW：退院後の情報など  Ns：看護方針、具体的対応等…ect |   カルテ整理　（ 入院担当者　）   |  | | --- | | □　入院時食事伝票：　原本カルテ  □　薬剤指導依頼書：　原本提出　コピーカルテ  □ クリティカルパス：　カルテへ  □ ＯＴ処方箋：　コピーをOＴ、原本をカルテへ  □ ＰＴ処方箋：　コピーをOT、原本をカルテへ  □ カーデックス：　情報用紙、計画、記録、体温表  □ 私物預かり表：　介護士へ |   カルテ整理　（ 担当Ns　）   |  | | --- | | □ 隔離：隔離室入室のお知らせコピー確認  □ 医保：医療保護入院のお知らせ配布済記録確認  任意入院でないと判断した理由の記録確認  □ 任意：閉鎖病棟への入院同意書サイン確認  □ 外出制限時：外出制限のお知らせ確認  □ Nsサイン、Ｄｒサイン、日時記載漏れ、印鑑等  □ 入院時チェック 全チェック確認 |   申し送り   |  | | --- | | 情報用紙、部屋  現病歴・入院診療計画書（又は入院カンファ）  DNAR  入院時指示  診療録  看護記録 | |
|  | |