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 |

 |
|  |