

## ECT 患者紹介シート ②

患者氏名 ( )

看護評価				
食欲	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		
食事摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管	<input type="checkbox"/> DIV	<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	
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
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		
追加眠剤	<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		
眼科・コンタクト	<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:20 年 月 日				