

## 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 <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	