

土浦厚生病院 認知症クリティカルパス Ver.2 H22. 4. 1~

患者氏名		様		□ ※注		△※必要に応じて	
年	月	日	年	月	日	年	月
姓		名		姓		名	
生年月日		入院前		【入院時】		1週間	
						2週間	
						3週間	
						4週間【退院時】	
診療科目							
医師		<input type="checkbox"/> 診察・診断 <input type="checkbox"/> 家族への入院目的確認(可能な限り複数) <input type="checkbox"/> 医療保護入院に関する説明 <input type="checkbox"/> 入院に関する署名の有無 <input type="checkbox"/> 入院予約 <input type="checkbox"/> 在籍療養施設へ入院目的確認 <input type="checkbox"/> 他科治療状況の確認 <input type="checkbox"/> 頭部画像検査指示確認 <input type="checkbox"/> 血液検査指示確認 <input type="checkbox"/> HDS-R指示確認	<input type="checkbox"/> 診察・診断 <input type="checkbox"/> 家族と本人に入院時のメンテラ <input type="checkbox"/> 「入院診療計画書」作成 <input type="checkbox"/> 医療保護入院の入院届記入 <input type="checkbox"/> 入院時基本検査 <input type="checkbox"/> 投薬・注射の指示 <input type="checkbox"/> 行動制限指示 <input type="checkbox"/> 次回他科受診日の確認 月 日	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 行動制限の再検討 <input type="checkbox"/> 家族との面接 <input type="checkbox"/> 作業療法指示	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 行動制限の再検討 <input type="checkbox"/> 退院日の決定 <input type="checkbox"/> 行動制限の再検討 <input type="checkbox"/> 作業療法指示 <input type="checkbox"/> 家族との面接	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 退院日の決定 <input type="checkbox"/> 行動制限の再検討 <input type="checkbox"/> 作業療法指示 <input type="checkbox"/> 家族との面接	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 退院届記入 <input type="checkbox"/> 退院後計画書記入 <input type="checkbox"/> 退院処方 <input type="checkbox"/> 退院届記入 <input type="checkbox"/> 次回外来の確認
看護介護		<input type="checkbox"/> 入院予約の確認 <input type="checkbox"/> 病室調整 <input type="checkbox"/> 病棟見学・案内 <input type="checkbox"/> 血液検査実施(外来)	<input type="checkbox"/> 病歴聴取(アナムネ) <input type="checkbox"/> 入院オリエンテーション <input type="checkbox"/> 持ち物チェック <input type="checkbox"/> 持参薬確認 <input type="checkbox"/> 入院時処方の確認と与薬準備 <input type="checkbox"/> バイタル計測 <input type="checkbox"/> 「看護計画」「問題リスト」記入 <input type="checkbox"/> 精神症状、身体状況把握 <input type="checkbox"/> 褥瘡発生危険因子評価 <input type="checkbox"/> 服薬チェック <input type="checkbox"/> 次回他科受診日の確認 月 日	<input type="checkbox"/> 精神症状、身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状評価 <input type="checkbox"/> 看護計画の見直しと査定 <input type="checkbox"/> OTとの連携	<input type="checkbox"/> 精神症状、身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状評価 <input type="checkbox"/> 看護計画の見直しと査定 <input type="checkbox"/> 「中間サマリー」記入	<input type="checkbox"/> 精神症状、身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状評価 <input type="checkbox"/> 薬剤との連携 <input type="checkbox"/> 外出(可・不可) 外泊(可・不可) <input type="checkbox"/> 外泊日 月 日 <input type="checkbox"/> 退院の可能性(可・否) <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 訪看ひまわり連携 (IADLチェック)	<input type="checkbox"/> 退院時サマリー記載 <input type="checkbox"/> 退院時処方箋の確認と準備 <input type="checkbox"/> 服薬指導評価
OT			<input type="checkbox"/> 情報収集 カルテ 観察 <input type="checkbox"/> N-ADL評 _____点 <input type="checkbox"/> NM スケール _____点 <input type="checkbox"/> 「作業療法指示書」 有 無 <input type="checkbox"/> 目標設定 <input type="checkbox"/> プログラム立案	<input type="checkbox"/> 医師・看護との連携 <input type="checkbox"/> 「作業療法指示書」 有 無 <input type="checkbox"/> 目標設定 <input type="checkbox"/> プログラム立案	<input type="checkbox"/> 医師・看護との連携 <input type="checkbox"/> 「作業療法指示書」 有 無 <input type="checkbox"/> 目標設定 <input type="checkbox"/> プログラム立案	<input type="checkbox"/> 作業療法最終評価 <input type="checkbox"/> N-ADL評 _____点 <input type="checkbox"/> NM スケール _____点	
栄養課		<input type="checkbox"/> 栄養状態: PNMチェック <input type="checkbox"/> BMI % 1=適正 2=痩せ 3=肥満	<input type="checkbox"/> 栄養計画書作成	<input type="checkbox"/> 現状把握	<input type="checkbox"/> 現状把握	<input type="checkbox"/> 栄養計画最終評価 <input type="checkbox"/> BMI % 1=適正 2=痩せ 3=肥満	
薬剤師		<input type="checkbox"/> 禁忌薬・アレルギー副作用の確認 <input type="checkbox"/> 持参薬確認 <input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 退院時調整・持参薬返却 <input type="checkbox"/> 服薬指導・主治医報告 <input type="checkbox"/> 薬剤サマリーの外来提供	
PSW		<input type="checkbox"/> 予診 <input type="checkbox"/> 保護者の確認 <input type="checkbox"/> 社会資源手続き状況の確認 <input type="checkbox"/> 社会資源状況の確認 <input type="checkbox"/> 他科治療状況の確認 <input type="checkbox"/> 家族への入院目的確認(可能な限り複数) <input type="checkbox"/> 在籍療養施設へ入院目的確認 <input type="checkbox"/> 頭部画像検査依頼、手配 <input type="checkbox"/> 血液検査確認 <input type="checkbox"/> HDS-R実施	<input type="checkbox"/> 初診から入院までの状況 <input type="checkbox"/> 次回他科受診日の確認 月 日 <input type="checkbox"/> 保護者の再確認 <input type="checkbox"/> 社会資源の再確認(介護保険) <input type="checkbox"/> 経済状況の再確認 <input type="checkbox"/> 医療保護入院 <input type="checkbox"/> 入院届作成・依頼・確認 <input type="checkbox"/> 入院時のお知らせ <input type="checkbox"/> 入院手続き <input type="checkbox"/> 入院カルテ <input type="checkbox"/> ミーティングの参加確認・日程調整	<input type="checkbox"/> 退院先の確認 <input type="checkbox"/> 介護保険申請状況の再確認 <input type="checkbox"/> 施設申し込み状況の確認 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの確認	<input type="checkbox"/> 退院先の再確認 <input type="checkbox"/> 施設申し込み状況の確認 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの確認	<input type="checkbox"/> 希望施設先の状況確認(施設希望) <input type="checkbox"/> 在宅サービスの確認 <input type="checkbox"/> (契約ケアマネの状況確認) <input type="checkbox"/> 担当医師への書類依頼 <input type="checkbox"/> (契約ケアマネの状況確認) <input type="checkbox"/> 看護サマリー等依頼	<input type="checkbox"/> 家族へ書類の確認 <input type="checkbox"/> 退院届作成依頼・確認
		<input type="checkbox"/> 治療方針、処遇方針確認 Dr. Na. OT, PSW, 薬局事務等	<input type="checkbox"/> 病棟連絡会で新入院患者報告 月 日	<input type="checkbox"/> 病棟連絡会 Dr. Na. OT, PSW, 薬局事務等	<input type="checkbox"/> 退院予定日決定 月 日 <input type="checkbox"/> ミーティング: 病棟スタッフ、家族 訪看、ケアマネ等他施設関係者		
ADL		△HDS-R _____点 BPSD: 1=軽度 2=中等度 3=重度 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 気死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 【問題行動】 徘徊 収集 攻撃 大声 異色 不潔行為 常同行為 ()	△HDS-R _____点 BPSD: 1=軽度 2=中等度 3=重度 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 気死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 【問題行動】 徘徊 収集 攻撃 大声 異色 不潔行為 常同行為 ()	△HDS-R _____点 BPSD: 1=軽度 2=中等度 3=重度 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 気死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 【問題行動】 徘徊 収集 攻撃 大声 異色 不潔行為 常同行為 ()	△HDS-R _____点 BPSD: 1=軽度 2=中等度 3=重度 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 気死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 【問題行動】 徘徊 収集 攻撃 大声 異色 不潔行為 常同行為 ()	△HDS-R _____点 BPSD: 1=軽度 2=中等度 3=重度 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 気死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 【問題行動】 徘徊 収集 攻撃 大声 異色 不潔行為 常同行為 ()	△HDS-R _____点 BPSD: 1=軽度 2=中等度 3=重度 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 気死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 【問題行動】 徘徊 収集 攻撃 大声 異色 不潔行為 常同行為 ()
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
担当医師							
担当薬剤師							