平成３０年度 第４回入院紙カルテ磁気化プロジェクト会議

１．日時：平成３０年７月２４日（火）１７：００～

２．場所：医学部第五会議室（医学基礎Ａ棟２階）

３．議題

（１）病棟の注射指示書の保管中止について・・・・・・・・・・・・**議題１資料**

安全管理部の見解

安全管理部副部長　高橋先生より説明

（２）スキャン運用各文書への文書番号の付与方法・・・・・・・・**議題２資料**

O-P → O-S に変更

松村係長より説明

４．報告

（１）磁気化指示に関するインシデントについて（６月、７月）・・ **報告１資料**

原田安全管理部 GRM より報告

（２）病棟スキャン試行状況について・・・・・・・・・・・・・・・**報告２資料**

松村係長より説明

（３）入院補助診療録等の調査について・・・・・・・・・・・・・・**報告３資料**

藤村より説明

５．その他

指示システムの運用ワーキングについて

松村係長より説明

６．次回開催日について

平成３０年９月４日（火）１７：００～

医学部第五会議室（医学基礎Ａ棟２階）

議題１資料
平成30年第４回
入院紙ｶﾙﾃ磁気化ﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾄ会議

平成 30 年 6 月〇〇日

各診療科長
各病棟医長
各病棟師長　殿

入院紙カルテ磁気化プロジェクトリーダー
佐　田　政　隆
（担当：診療録管理係　松村（内線 2690））

病棟における注射指示書（電子カルテから出力されるもの）の保管中止について

標記について、平成 30 年〇月〇日から、補助診療録での保管を中止いたします。印刷された「注射指示書」については、病棟での確認用に使用した後は、補助診療録のファイルに綴じず、病棟において、1 ヶ月間保管後に廃棄処分をお願いいたします。患者さんの退院後にスキャン室へ送らないようお願いいたします。

注射指示書　（病棟）　定時

新規

患者番号　　患者氏名　　）

生年月日　　性別　（男）

科　（消化器外科）　病棟・部署（Ｅ－７階　　）　病室（710）　医師

Ｅ－７・モジュール２　　発行日 2016. 3.23　　発行時間 10:24

薬品名	注射施行日						
	25	26	27	28	29	30	31
RP01 ---------- 16.03.25 ～ 16.03.25　01回／日　0日置	㊞						
2　ジアグノグリーン注射用２５ｍｇ　2V							
1　生理食塩液（２０ｍｌ）　1A							
静脈注射							
× 1							

注意コメント

【問題点】
外来スキャン運用開始時（2013 年)、「文書の作成＝作成開始時」として考えていたため、指示書や経過記録等追記があるものについては、スキャンされたデータが原本とはならず、紙媒体を保管する運用で考えていた。しかし、この考え方では、ペーパレス化は実現しないこととなる。
病棟スキャン運用を開始するにあたり、「文書の作成＝完成時」（例：指示書であればその文書に記された全ての指示について実施され記録の確認が終了した時点）と考えていきたい。

スキャン運用　各文書への文書番号の付与方法

※半角、monospeced、１４ｐｔ

基本形
□ - □ - □□□□ - □□□□ - □/□ - □□□□. □□

スキャンの必要・不要
■ - □ - □□□□ - □□□□ - □/□ - □□□□. □□
○・・・スキャン必要
Ｘ・・・スキャン不要

保管方法（原本）※最終的にどこに情報が残るのかで分類する
□ - ■ - □□□□ - □□□□ - □/□ - □□□□. □□
Ｓ・・・スキャン（原本)。日付保管する。（2 営業日以上過ぎている物は紙文書が原本）
Ｄ・・・データ連携。書き込みあればスキャン。
Ｐ・・・紙（原本）保管注意。患者ごとに保管する
Ｘ・・・スキャン対象外（廃棄）

※注意※
■—■ - □□□□ - □□□□ - □/□ - □□□□. □□
１桁目、２桁目の組み合わせで生じるのは
O-S（スキャン必要-スキャン（原本））
：説明同意書等、印刷した文書などに署名や書き込みのあるもの
O-P（スキャン必要-紙（原本）保管注意）
：指示書、経過記録等で文書発生日以降に追記のあるもの。
文書作成日から２日以上経過しているもの。
X-D（スキャン不要-データ連携）
：システム内のみで文書が完結するもの。
診療記録のみではない。
X-P（スキャン不要-紙（スキャン室では原本保管しない））
：診療録以外で各部署で保管する物 。
この文書がスキャン室へ送られてきたら各部署へ送る
X-X（スキャン不要-スキャン対象外（廃棄））
：保存する必要のないチェックリスト等
患者さんに渡すのみの文書

2013.11.14 作成
2014.1.17 改訂
2015.10.1 改訂

大分類（2 桁）＋小分類（2 桁）
□ - □ - ■■■■ - □□□□ - □/□ - □□□□. □□
計画書-入院診療計画書-乳腺マンモトーム　なら「0301」

文書番号（4 ケタ）
□ - □ - □□□□ - ■■■■ - □/□ - □□□□. □□
計画書-入院診療計画書-**乳腺マンモトーム**　なら「0126」

ページ数
□ - □ - □□□□ - □□□□ - ■/■ - □□□□. □□
全枚数分の現在のページ数　1/4、2/4、3/4、4/4

作成年月
□ - □ - □□□□ - □□□□ - □/□ - ■■■■. ■■
西暦 4 ケタ、月 2 桁

2013.11.14 作成
2014.1.17 改訂
2015.10.1 改訂

バーコード

エリア

診療科名称
患者番号
患者氏名　「様」をつけること。

半角、monospeced、14pt、できるだけ右端右下

□ - □ - □□□□ - □□□□ - □/□ - 2013. 12

管理文書一覧（抜粋）

スキャンの必要・不必要	保管方法	文書分類	文書番号	大分類	中分類	文書名(小分類)	備考1	備考2	使用部署	作業中 作成部署 161017開始	作業中 システム	作業中 文書セレクタ設定	作業中 入外共通
O	P	0607	0005	検査・経過記録	妊産婦・ﾍﾟﾋﾞｰ経過記	母子同室・同床基準	助産師記入		産婦	産婦	紙	×	入院
O	P	0610	0001	検査・経過記録	薬剤管理指導記録	投薬指導記録	冊子		薬剤		ロ		入院
O	P	0610	0003	検査・経過記録	薬剤管理指導記録	ｲﾝｽﾘﾝ実施および血糖記録用紙	(4検用)(7検用)		全	安全管理部	DMaker	◎	入院

※コピー不可

ID 99990020

インスリン実施および血糖記録用紙(4検用)

患者氏名（　テスト 廣子です。　）様

月日	朝食			昼食			夕食			眠前		
	血糖値	インスリン種類 単位数	実施者	血糖値	インスリン種類 単位数	実施者	血糖値	インスリン種類 単位数	実施者	血糖値	インスリン種類 単位数	実施者

平成30年5月18日　安全管理部

O-P-0610-0003-1/1-2018.5

磁気化指示に関するインシデント　6月報告分

	インシデント内容	要因	対策
1	癌性疼痛に対し、オキシコドン徐放錠を4cap分２で内服中の患者に対し、5月13日9：11に担当医より「5月14よりオキシコンチン内服中止」と指示コメントに指示が出された。その後9：26に終了の入力がされた。担当医から看護師へは、口頭で何も連絡が無かった。 13日の患者担当看護師が、20：44に指示コメントが有ることに気づき指示受けした。指示受けした時点では、指示が終了しているが、その事には気づかなかった。 14日以降は、指示コメントがハードコピーされ、そのコピーを見ながら内服準備をしていたため、オキシコドンが中止された状態であった。19日に担当医より問い合わせがあり、オキシコドンの中止指示が取り消されていることに気づいた。	・指示コメントで指示出しした内容を中止したい場合は、看護師が指示受けする前の場合は、指示を削除するべきところ終了日を入力した。 ・看護師へは声かけがなかった。 ・指示が出された場合は、TODO画面で指示受けのアラートが出るが、指示が中止されたものに関しては、看護師にシステム上アラートは出ないため、気づきにくい。 ・看護師は、指示受け時に終了日を確認せず指示受けした。 ・14日以降担当していた看護師は、オーバービューではオキシコドン中止の指示が無いはずであるが、ハードコピーされている指示コメントを見て内服準備したため、オキシコドンが中止されたままであった。	・医師は、指示コメントで指示出しした指示を中止する場合、看護師が指示受けしていない場合は、指示を削除する。指示受けしている場合は、終了日を入力し、そのことを看護師に声かけする。 ・看護師は、指示受けする場合、終了日まで確認して指示受けする。確認時、疑義があれば指示医に確認してから指示受けする。 ・内服薬の指示に関しては、持参薬報告書・投薬指示書に指示出しすることになっており、運用を徹底する。
2	5月19日～5月21日の指示コメントに「血圧低下傾向のためカルデサルタン中止」の指示が出ていた。投薬指示書にも5月20日～中止の指示が出ていた。6月1日勤務している看護師が、5月31日にカルデサルタンが投与されていることに気づき、医師に確認すると中止のままであると言われた。	・内服薬準備時に投薬指示書を確実に確認できていなかった。 ・内服に関する指示は、指示コメントで指示出ししないことになっているが、指示コメントに指示があった。 ・中止の指示が終了しているため、内服再開と勘違いされる可能性があった。	・内服指示は紙媒体の指示書で指示出しすることを徹底する。 ・指示医は、内服薬の再開指示を出さなければ薬剤の再開はされないという認識で、終了日を設定している。 終了日の定義を共通で認識する必要がある。

病棟スキャン（2018.7.2～テスト運用）

報告２資料
平成30年第４回
入院紙カルテ磁気化プロジェクト会議

病棟

看護師、医師

・病棟で使用する必要がなくなった「補助診療録」を患者ごとに緑色のファイル（スキャン送達用）に入れて下さい。
・種類の異なった文書が複数有る場合は1種類ごとにクリップで留めて下さい。
・スキャン室送達用の「箱」に入れてください。
・透析指示書、透析記録もスキャン室へ送ってください。

・補助診療録が作成（完成）されてから遅滞なく（2営業日以内）スキャンしなければなりません
・基本的に病棟で使用する必要がなくなった時点ですぐにスキャン室へ送ってください
・確認用で置いておきたい場合は病棟でスキャンを実施して退院時等にスキャン室へ送ってください




病棟クラーク

・緑色のファイルに入っている補助診療録が1ファイル1患者になっているか確認します。
・それぞれ、診療科、患者ID、患者氏名が記載されているか確認します。
・送達票に患者氏名、枚数を記載します。
・午前10：00にスキャン室から補助診療録を回収に伺います。



【病棟スキャン必要な文書】
・入院診療計画書（コピーをスキャン）
・家族付添許可願・許可証
・外泊許可願・許可書
・外出許可願・許可書
・肺血栓塞栓症予防の説明同意書
・総合評価スクリーニングシート（コピーをスキャン）
・退院支援計画書（コピーをスキャン）

他に、補助診療録は作成（完成）済みですが、病棟において確認用等で置いておきたい文書等

スキャン室

・午前10：00に西病棟4階に回収に伺います。
・当日中にスキャンおよびダブルチェックします。
・病棟スキャン済印のあるものはC-ScanCheckerでチェックのみ実施します。



病棟スキャン運用【一部病棟スキャン】

各病棟



メッセンジャー便

スキャン室



・現行のスキャン対象は病棟で実施する
（入院診療計画書、医師のスキャン指示があるもの等）
・患者が入院中でも病棟に無くても困らない補助診療録は
スキャン室へ送りスキャン依頼する
・送達票に患者ID、氏名等と記載してスキャン依頼
・スキャン済みの補助診療録は「スキャン済印」押印のうえ
スキャン室へ送りダブルチェックの依頼をする

・当日または翌日中にスキャン実施、
ダブルチェック
・「スキャン済印」押印分についてはス
キャン室でダブルチェック

9.2　診療等の都度スキャナ等で電子化して保存する場合

B.　考え方

電子カルテ等の運用において、診療の大部分が電子化された状態で行われていながら、他院から紙やフィルムの媒体による診療情報提供書等を受け入れることが避けられない事情がある場合、媒体が混在することにより医療安全上の問題が生じるおそれがある。このような場合等に実施されることが想定される。

この場合、「9.1　共通の要件」を満たした上で、さらに改ざん動機が生じないと考えられる時間内に、適切に電子化が行われることが求められる。

C.　最低限のガイドライン

1.　9.1 章の対策に加えて、改ざんを防止するため情報が作成されてから、又は情報を入手してから一定期間以内にスキャンを行うこと。

- 一定期間とは改ざんの動機が生じないと考えられる 1～2 日程度以内の運用管理規程で定めた期間で、遅滞なくスキャンを行わなければならない。時間外診療等で機器の使用ができない等のやむを得ない事情がある場合は、スキャンが可能になった時点で遅滞なく行うこととする。

補助診療録をスキャン室へ送るタイミング

・基本的に病棟で使用する必要がなくなった時点で送って下さい
・確認用で置いておきたい場合は病棟でスキャンを実施して退院時等にスキャン室にまとめて送って下さい

診療諸記録の分類

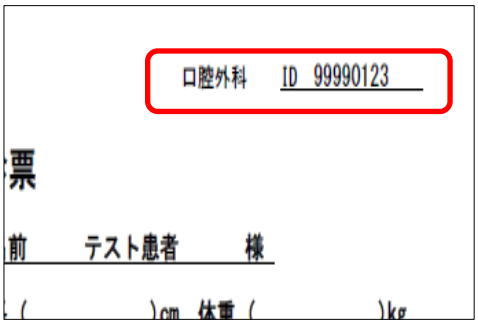
大分類		中分類		
01	診療情報提供書	01	(他院・他機関)診療情報提供書・紹介状・依頼書等	確認後
		02	(他院・他機関)退院時要約・サマリ	
		03	(他院・他機関)報告書・確認書	
		04	(自院)診療情報提供書・紹介状	
		05	(自院)院内使用	
		99	その他	
02	診療録その他	01	各科問診票	確認後
		99	その他	
03	計画書	01	入院診療計画書	病棟スキャン 計画及び実施終了時
		02	クリニカルパス	
		03	地域連携パス	
		04	治療計画書	
		05	リハビリ関係	
		06	NST関係	
		07	化学療法関係	
		08	退院計画書	
		99	その他	
04	指示書	01	医師指示書	全て実施した後
		02	手術指示書	
		03	投薬・注射指示書	
		04	処置・検査・検査指示書	
		99	その他	
05	説明・同意書	01	治療・処置・検査説明・同意書	患者署名後・手術、検査終了後
		02	手術・麻酔・輸血説明・同意書	
		03	がん薬物療法説明・同意書	
		04	臨床研究にかかる説明・同意書	
		99	その他	
06	検査・経過記録	01	検査結果(自院)	結果確認、所見を診療録へ記載後
		02	検査結果(外注・他機関)	
		03	手術記録	記録の記載後
		04	看護記録	
		05	透析治療記録	
		06	放射線治療記録	
		07	妊産婦・ﾍﾋﾞｰ経過記録	
		08	リハビリ記録	
		09	栄養指導記録	
		10	薬剤管理指導記録	
		11	その他経過記録	
		20	内視鏡レポート	
		21	汎用レポート	
		22	超音波レポート	
		99	その他	
07	処方箋・伝票	01	処方・注射	処方終了後
		02	血液製剤・特定生物由来製品	
		99	その他	
08	申請書・報告書	01	申請書	作成後、患者署名後等
		02	報告書	
		99	その他	
09	診断書・証明書	01	各種診断書・証明書	
		99	その他	
99	その他	99	その他	

スキャン送付の手順について

文書(補助診療録)発生



①文書にある診療科および患者IDを確認してください。



図のように印字されておらず
診療科、IDおよび患者氏名がない場合は
お手数ですが、記入してください。

②1ファイルに1人の患者さんの文書を入れてください。

●通常使用する緑色のファイル

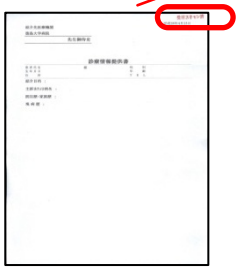


・1ファイルに1患者分の文書を入れてください。

・種類の異なった文書が複数ある場合は1種類ごとに
クリップを留めてください。
＊ホッチキス留めはやめてください。

●「受付スキャン済」印がある場合使用する透明のファイル





！注意
「スキャン済」の印または記載されているものは含みません。通常使用する緑色ファイルに入れてください。
こちらの透明のファイルには
「受付スキャン済」のみ入れてください。

③送達票を診療科・発生日ごとに作成してください。

・記載方法については別紙1を参照してください。
・件数が多い場合は「入院患者一覧」を使用してください
（別紙2参照）



送達票を添えてファイルをメッセンジャー便でスキャン室へ送付してください。
＊文書(補助診療録)発生日当日または翌営業日までにお願いします。

別紙1

メッセンジャー便で送付する前にご確認ください。

②文書を作成した日または医師から文書を受け取った日を記入してください。

③ 手順②のファイル(緑色・透明)の数をご記入ください。

④スキャン室に送達する日を記載してください。

⑤確認のサインまたは押印をお願いします。

スキャン室送達票

①部署名を記載してください から

・各部署担当者：記入後、1部コピーして控えにしてください。

平成　年	ファイル数	送達日	確認サイン	スキャン室へ	受取サイン
月② 日 発生分	③ 冊	月④ 日	⑤	➡	

・枚数は、片面、両面にかかわらず、紙の枚数を記入してください。
・「受付スキャン済」の印がある文書は透明のクリアファイルに入れてください。

NO	患者氏名	枚数	受付スキャン済
1	徳島　花子	20	1
2	徳島　太郎	18	
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

NO	患者氏名	枚数	受付スキャン済
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

患者氏名を記入してください。

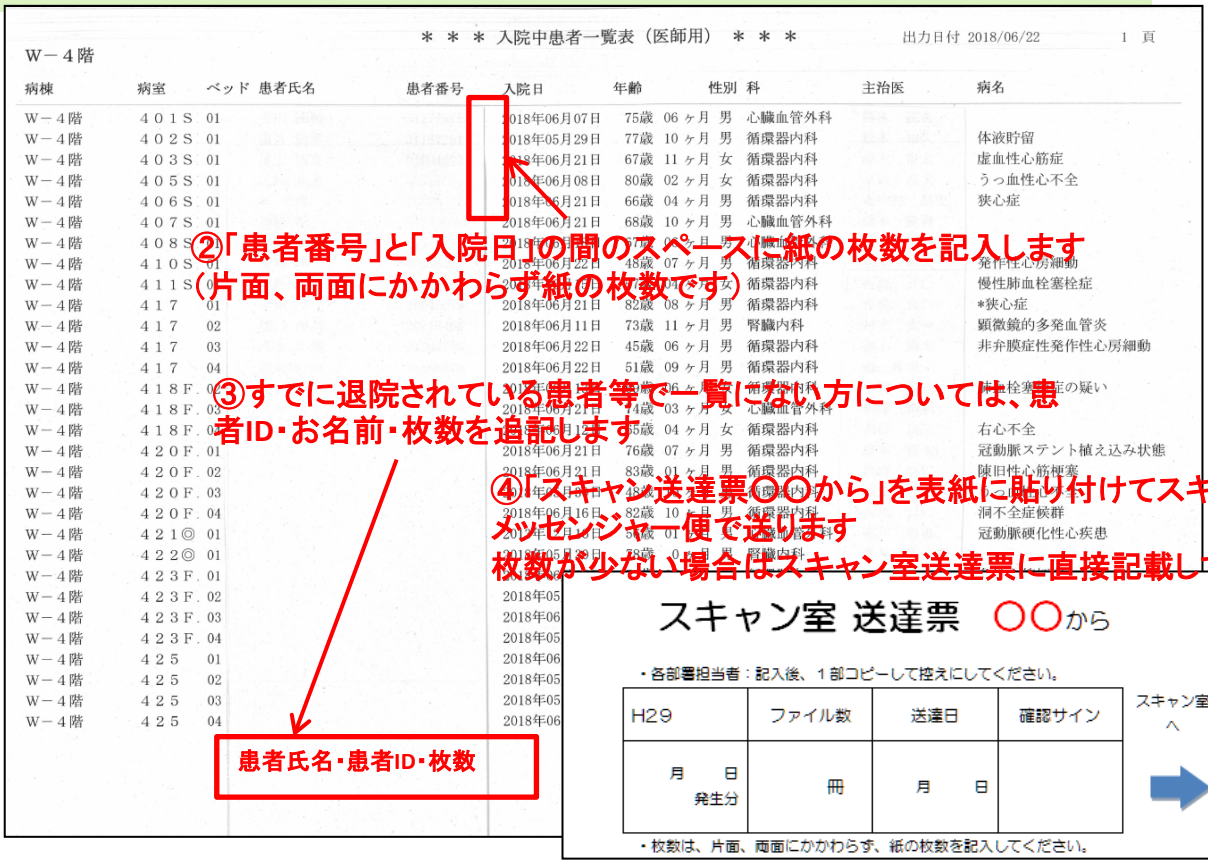
緑色のファイルに入った文書の枚数を記入してください。
＊「スキャン読み取り依頼書」がある場合はその枚数も**含めて**ご記入ください。

透明のファイルに入った文書の枚数を記入してください。

「送達票」作成方法

別紙2


患者一覧
オーダ照会
病棟照会
放射線照会
手術照会
部門システム
予 約
発 行
看護帳票
集学申込
パ ス
その他
帳票出力
①入院中患者一覧（医師用）」を印刷します
帳票起動画面
★★★入院系帳票★★★
入院予定患者一覧表
入院決定患者一覧表
入院確認患者一覧表
転棟予定患者一覧表
転入予定患者一覧表
退院予定患者一覧表
退院確認患者一覧表
入院中患者一覧表
空床見込一覧表
主治医別入院患者一覧表
入院中患者一覧表(医師用)
入院患者移動簿
病衣対象患者一覧表
外泊・外出患者一覧表
担当医別患者一覧表
科別担当医患者一覧
集学治療病棟一覧
★★★予約系帳票★★★
基本スケジュール一覧表
月例スケジュール一覧表
月例スケジュールキャンセルリスト
予約項目一覧表
予約患者一覧表
閉じる(C)
確定(V)
入院中患者一覧表（医師用）
病棟
W－4階
科
全科
種別
科別
病棟別
科・病棟別
閉じる(C)
印刷(P)


＊ ＊ ＊ 入院中患者一覧表（医師用） ＊ ＊ ＊
出力日付 2018/06/22
1 頁
W－4階
病棟 病室 ベッド 患者氏名 患者番号 入院日 年齢 性別 科 主治医 病名
②「患者番号」と「入院日」の間のスペースに紙の枚数を記入します
（片面、両面にかかわらず紙の枚数です）
③すでに退院されている患者等で一覧にない方については、患者ID・お名前・枚数を追記します
患者氏名・患者ID・枚数
④「スキャン送達票○○から」を表紙に貼り付けてスキャン室へメッセンジャー便で送ります
枚数が少ない場合はスキャン室送達票に直接記載してもOKです
スキャン室 送達票 ○○から
・各部署担当者：記入後、１部コピーして控えにしてください。
H29
ファイル数
送達日
確認サイン
スキャン室へ
受取サイン
月 日 発生分
冊
月 日
・枚数は、片面、両面にかかわらず、紙の枚数を記入してください。

スキャン室　入院スキャン実績

期間：2018.7.3～7.20

スキャン実施日	スキャン実施枚	スキャン済み文書チェック			実施時間（分）	確認時間（分）
		件数	枚数	修正件数		
7月3日(火)	10	0	0	0	10	5
7月4日(水)	32	18	20	18	20	120
7月5日(木)	61	6	6	6	30	55
7月6日(金)	71	7	7	7	40	120
7月9日(月)	36	7	7	7	30	25
7月10日(火)	218	1	1	1	135	60
7月11日(水)	29	15	17	1	45	30
7月12日(木)	132	11	11	9	105	60
7月13日(金)	256	11	12	3	180	90
7月17日(火)	125	14	20	5	105	150
7月18日(水)	299	9	13	0	165	195
7月19日(木)	182	13	14	1	115	60
7月20日(金)	73	14	16	1	60	90
合計	1524	126	144	59	1040	1060

【多数発生している文書】
・Cardiac Catherization Report(心ｶﾃ)…最多で67枚／人
・入院される患者のみなさまへ・・・ほとんどの患者に発生する
・他院からの診療情報提供書
・注射指示書・・・保管廃止予定

病棟スキャン運用問題点

No.	日付	診療科	問題点	対処	記入者	PJ報告
1	2018/7/3	西病棟4階	スキャン送達用ファイルボックス2つ、A4サイズの文書を入れる箱（空のファイルを入れる用）1つ必要。 スキャン送達用ファイルボックスは、医療者がファイルへ挟んで入れる用と病棟クラークさんが内容チェック、送達票作成後にスキャン室送達用のファイルを入れる用。 病棟を拡大する際は用意しておくこと。		松村	
2	2018/7/4	西病棟4階	病棟よりスキャン済のQRコード付き文書 18件中18件 総合評価スクリーニング（06110024） 入院診療計画書（電子パス用）（03010197） 入院診療計画書（03010127） 文書発生日７月３日ですが文書を取り込んだ日時のままになっていました。（スキャン室では登録時にその都度、文書発生日を修正して登録しています。）	松村係長に確認して７月６日にクラークの橋本さんに登録の際に送達票の文章発生日に訂正して登録していただくように依頼しました。	濵田	
3	2018/7/6	西病棟4階	「病衣使用確認書」などの「X-X」の文書は、スキャン不要となっているが、入院スキャンの場合は必要になるのか。	松村係長に確認。追記の有無にかかわらずスキャンする。	飯尾	
4	2018/7/9	西病棟4階	心外のさまざまな症例の手術説明同意書は、病棟では「その他/その他」の分類でスキャンされていたが、文書種別はどうしたらよいか。	佐藤さんに確認。 心外は、さまざまな症例があるため様式が統一できないため、全て「05010315」の心臓血管外科手術説明同意書で登録する。	飯尾	
5	2018/7/9	西病棟4階	水口クラークさんより、「褥瘡対策に関する診療計画書(文書種別：0304-0026)」について、クラークの手元に届くのが患者が退院した後になる。既に退院した患者の文書をスキャン室へ送達しても良いものか？スキャン登録の際に区分を入院で登録するため、入院期間外であるのに区分が入院になることは問題ないのか？との問い合わせがあった。	松村係長へ確認。送達日に患者が退院していたとしても、入院中に病棟で発生した文書であれば入院のものして扱うためスキャン室へ送達していただく。従って、スキャン登録時の区分も「入院」で問題ない。 上記内容について水口クラークさんへ報告済み。	三澤	
6	2018/7/10	西病棟4階	文書に書かれている診療科が、患者様の主科ではない場合、どちらの診療科で登録したら良いか。	クラークの橋本さんに確認。 それぞれの先生の診療科で登録する。	飯尾	
7	2018/7/11	西病棟4階	病棟でスキャンされた文書に、同じ文書が二重登録されていた。	松村係長に確認。 問題の文書を登録したクラークさんに、二重登録になっていることを伝え、どちらか削除してもらう。	飯尾	
8	2018/7/12	西病棟4階	クラークさんより7/9に検査して、7/11に退院した患者さんの同意書、心電図等がカルテフォルダーに残っていた。今回はすぐにスキャン室に送るが、入院期間の長い患者の文書がカルテフォルダーに残っていた場合はどうすればよいか。	→WGへ ・心カテ時に印刷された心電図はHISとデータ連携可能か確認中（7/19） ・指示書以外は心カテ後に検査室からスキャン室へ送ってもらう提案もしてみる。	松村	○
9	2018/7/13	西病棟4階	橋本クラークさんより、手術後に集学に行く患者さんについて、2営業日を超えてしまうため、説明同意書は集学でスキャンしていただいている。	左記の運用でお願いした。（7/18スキャナ解像度300dpiへ変更） C-ScanCheckerのスキャン場所の区分は東病棟4階が選択できないため、ファインデックスへ依頼した。	松村	○

病棟スキャン運用問題点

No.	日付	診療科	問題点	対処	記入者	PJ報告
10	2018/7/17	スキャン室	C-ScanEditorについて、「入院・外来」の区分入力時に、初期設定が「外来」となっている。「入院」スキャン時は都度修正が必要である。	ファインデックスへ依頼した	松村	
11	2018/7/17	スキャン室	病棟スキャン済みの文書について、スキャン日が送達票の文書発生日と異なる。	病棟スキャンは、文書発生日から2営業日以内でスキャンされているため、送達票の文書発生日とは異なる。 しかし、スキャン済み文書（紙媒体）を探すときに登録された文書発生日に存在しないため、C-ScanCheckerのチェック日の翌日で探せるようにファインデックスへチェック日とチェックした人が分かるように改造依頼中。	松村	
12	2018/7/17	西病棟4階	繰り返し転科のある患者さんの書類で診療科の記載のない書類。	病棟クラークさんに診療科を必ず記載していただくようお願いする。 →（クラークさんより）病棟クラーク一人なので基本、無理ですがどうしてもであれば、上田マネージャか橋本さんに相談して下さい。	濵田	
13	2018/7/17	西病棟4階	ICU術前・術後訪問シート	スキャン対象外なので病棟に返却。 →（クラークさんより）スキャン要・不要の一覧表にはありませんが不要の判断はどうすればよいか？ 松村係長に確認。 一覧表にない分は送達していただき診療録管理係のほうで確認してスキャン対象・対象外は判断しますと回答しました。	濵田	○
14	2018/7/17	西病棟4階	心臓血管カテーテル検査指示書（2枚）・検査指示書（2枚）主治医・日付がそれぞれ異なる文書	松村係長に確認。 各文書とも主治医・日付がそれぞれ異なる文書でQRコード付き文書なので別々に登録してください。	濵田	
15	2018/7/17	西病棟4階	Cardiac Catherization Report（心カテ）2018/07/06・2018/07/10のデータ	松村係長に確認済。 2束で分かれた送達されていたのでそれぞれ別々に登録してください。	濵田	
16	2018/7/17	西病棟4階	病棟スキャン済み文書について、スキャン室で使われていない文書番号で登録されていた。	松村係長に確認。 スキャン室で使用している文書番号に訂正してください。	飯尾	
17	2018/7/17	西病棟4階	病棟スキャン済み文書の心電図について、時間が登録されていない場合。	松村係長に確認。 時間を登録してください。	飯尾	
18	2018/7/17	西病棟4階	文書に診療科名が記載されていない。病棟で記載してもらえないかクラークさんに依頼したところ、医師・看護師さんにも協力していただきたいとのこと。 補助診療録等申請書が提出されていない文書について病棟へ返却して確認していただいているが、そちらについても医師・看護師さんに把握していただきたいとのこと。	入院紙カルテ磁気化PJへ	松村	○

病棟スキャン運用問題点

No.	日付	診療科	問題点	対処	記入者	PJ報告
19	2018/7/17	西病棟4階	クラークさんより、全ての文書に診療科、患者ID、氏名を記載するのは難しい。 同じファイルに入っているものであれば1つの文書にあればよしとしていただけないか。	患者を間違える恐れがあるため全ての文書に記載をお願いしたい。 医師、看護師へ協力していただけるように依頼する。	松村	○
20	2018/7/18	西病棟4階	口頭指示受け用紙（文書種別：04010028） 同じ患者分で指示医師名・指示受け日時が異なる書類2枚が送達されてきましたがまとめてスキャン登録してよろしいですか？	松村係長に確認。指示医師名・指示受け日時が異なる場合はそれぞれ、別々に登録して下さい。この患者さんの場合、1枚は医師の確認日付けとサインが記載されていますが1枚は記載がないので病棟に記載がない書類は返却してくださいとのことでした。	濵田	
21	2018/7/18	西病棟4階	注射指示書（文書種別：04010074） 多数まとめて送達されてきました。同じ診療科で医師名が異なる場合の登録方法は？	松村係長に確認。注射指示書のみ→診療科が異なれば、それぞれの診療科で登録。同じ診療科で医師名が異なる場合はまとめてスキャン登録して下さいとのことでした。	濵田	
22	2018/7/18	西病棟4階	6/21にE7で入院、7/6にW4で退院された患者の紙カルテが送られてきた。どのように取り扱えばよいか。	7/1以前に入院されているので、通常の紙カルテの処理でお願いします。	松村	
23	2018/7/18	西病棟4階	申し送りチェックリスト 入院申込書・保証書 急変時、緊急入院時の看護記録 抗凝固剤を飲んでおられる方へ	スキャン不要文書のため、病棟に返却する。	飯尾	○
24	2018/7/18	西病棟4階	口頭指示受け用紙（文書種別：04010028） 医師の確認日付けとサインが記載されていない書類を病棟に返却した2枚のうち1枚が、西病棟4階で実施されていないのでサインはもらえないと返された。	松村係長に相談。 集学の柴山師長さんにお渡しして、サインをもらえるようにお願いして、翌日取りに伺うことにした。 →医師が多忙との理由で日付、サインいただけなかったとのこと。	飯尾	○
25	2018/7/19	西病棟4階	病棟でのスキャン画像が見づらい。	病棟に、スキャナーの掃除を依頼した。	飯尾	

報告３資料
平成30年第４回
入院紙ｶﾙﾃ磁気化ﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾄ会議

補助診療録調査結果

番号	使用部署または調査ｶﾙﾃ	文書名(タイトル)	スキャン	備考	対応または案
1	心外	C項目評価表	不要		
2	集学	手術部ー集学治療病棟申し送りﾁｪｯｸﾘｽﾄ	不要		
3	看護部	術前ﾁｪｯｸﾘｽﾄ	不要		
4	看護部	輸血使用確認表	不要		
5	集学	集学治療病棟看護師申し送り内容一覧表	不要		
6	集学	入室時持ち物ﾁｪｯｸﾘｽﾄ	不要	退院後は患者から病棟に問い合わせがあるため、退院後1ヶ月は保管し、その後破棄。	病棟により運用・様式が異なるため統一できないか？
7	看護部	内服薬ﾁｪｯｸ表	不要		
8	集学	環境整備ﾁｪｯｸﾘｽﾄ	不要		
9	集学	離床ｹｱ実施一覧表	不要		
10	看護部	ICUI術前・術後訪問ｼｰﾄ	不要		
11	集学	緊急時連絡先	必要	現在QRｺｰﾄﾞ付の様式作成中。	管理文書番号O-S-0201-0142
12	感染制御部	タイトルなし（ｶﾃ抜去後48時間の記録用紙？）	不要	感染制御部へ提出する書類であるためスキャン不要。感染制御部へ提出する書類であることが周知されていない。	感染制御部には様式に「感染制御部へ提出」と記載していただけるよう依頼済。
13	集学	貴重品所在確認ﾘｽﾄ	不要	退院後は患者から病棟に問い合わせがあるため、退院後1ヶ月は保管し、その後破棄。	病棟により運用・様式が異なるため統一できないか？
14	感染制御部	SSIサーベイランスシート①	不要	感染制御部へ提出する書類であるためスキャン不要。感染制御部へ提出する書類であることが周知されていない。	感染制御部には様式に「感染制御部へ提出」と記載していただけるよう依頼済。
15	感染制御部	SSIサーベイランスシート②	不要		
16	看護部	BPS・RASSｽｺｱおよび投与薬剤・流量」一覧表	不要		
17	集学	口腔ケア・アセスメントシート	不要		
18	看護部	皮膚ケア表	不要		
19	看護部	褥瘡ﾁｪｯｸﾘｽﾄ	不要		
20	内内	タイトルなし（ｲﾝｽﾘﾝ指示書・様式が異なる）	必要	現行のｲﾝｽﾘﾝ指示書が出来るまでの様式のため、現在は使用されていない。	安全管理部、病棟確認済
21	内内	ｲﾝｽﾘﾝ投与量	必要	現行のｲﾝｽﾘﾝ指示書が出来るまでの様式のため、現在は使用されていない。	安全管理部、病棟確認済
22	内内	食事が摂れないときのｲﾝｽﾘﾝ投与量	必要	現行のｲﾝｽﾘﾝ指示書が出来るまでの様式のため、現在は使用されていない。	安全管理部、病棟確認済
23	不明	A4用紙にSPDシールが貼られたもの	不要	SPDシールは医療材料の管理(棚卸)に必要なので、スキャン室に届いた場合は病棟に返却する。	SPDシールは医療材料の管理(棚卸)に必要なので、スキャン室へ送達しないよう病棟クラークへ周知していただく必要がある。
24	看護部	指示簿	不要	指示書ではないためスキャンが不要。入力されたものを紙媒体で確認するため印刷したもの。	退院時、病棟にて破棄
25	心外	NCD Feedback	確認中	NCDは研究目的のため本来は診療録として不要。	診療科医師へ確認中。
26	心外	タイトルなし（ｶﾃｰﾃﾙなどの医療材料ﾘｽﾄ）	確認中	記事入力されていれば不要か？	診療科医師へ確認中。
27	心外	心臓ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ指導計測結果	必要	外部機器により様式が異なる。	管理文書番号O-S-0601-0084
28	心外	ﾐｶﾙﾃﾞｨｽ錠の効能を印刷したもの	不要		
29	脳外	誘発電位(SEP)経頭蓋高電流刺激(MEP)等	必要	外部機器により様式が異なる。	管理文書番号O-S-0603-0017
30	脳外	誘発電位(SEP)経頭蓋高電流刺激(MEP)等	必要	外部機器により様式が異なる。	管理文書番号O-S-0603-0017
31	脳外	誘発電位(SEP)経頭蓋高電流刺激(MEP)等	必要	外部機器により様式が異なる。	管理文書番号O-S-0603-0017
32	呼内	内服薬変更指示書	必要	現在は「持参薬報告書・投薬指示書」に統一。	管理文書番号O-S-0401-0082
33	呼内	病状の説明書き？	不要	病状については記事入力がされていることが前提であるが、診療録ではない。	
34	呼内	頭皮放射線性皮膚炎に対する紫雲膏の治療成績	不要		
35	呼内	A4用紙にフロシール(特生物)の製造番号が記載された箱の切れ端が貼られたもの	不要		
36	呼内	入院患者用臨床実習アンケート	不要		
37	呼内	入院された患者様へ	必要	現在QRｺｰﾄﾞ付の様式作成中。 №96「患者・家族の皆様へ」と様式が統一できないか検討していただく必要がある。	管理文書番号O-S-0201-0140
38	呼内	タイトルなし（処方薬の確認表のようなもの）	不要	使用するのであれば、「持参薬報告書・投薬指示書」に様式を統一していただく。	管理文書番号O-S-0401-0082
39	呼内	内服確認表	不要	使用するのであれば、「持参薬報告書・投薬指示書」に様式を統一していただく。	管理文書番号O-S-0401-0082
40	呼内	薬剤一覧表	必要	「持参薬報告書・投薬指示書」に様式を統一。	管理文書番号O-S-0401-0082
41	呼内	リアルカンファレンス	不要		
42	呼内	W-6夜間緊急入院問診票	不要		
43	呼内	化学療法看護師ﾁｪｯｸ表(ﾀｸﾞﾘｯｿ Osimertinib)	不要		
44	呼内	化学療法看護師ﾁｪｯｸ表(ｶﾙﾌﾞﾌﾟﾗﾁﾝ CBDCA)	不要		
45	呼内	化学療法看護師ﾁｪｯｸ表(ﾊﾟｸﾘﾀｷｾﾙ ﾀｷｿｰﾙ)	不要		
46	呼内	化学療法看護師ﾁｪｯｸ表(ｹﾞﾑｼﾀﾋﾞﾝ)	不要		
47	呼内	化学療法看護師ﾁｪｯｸ表(ｶﾙｾﾄﾞ)	不要		
48	呼内	化学療法看護師ﾁｪｯｸ表(TS-1)	不要		
49	呼内	化学療法看護師ﾁｪｯｸ表(ｼｽﾌﾟﾗﾁﾝ・ﾌﾟﾗﾄｼﾝ)	不要		

補助診療録調査結果

番号	使用部署または調査ｶﾙﾃ	文書名(タイトル)	スキャン	備考	対応または案
50	呼内	化学療法看護師ﾁｪｯｸ表(ｵﾌﾟｼﾞｰﾎﾞ)	不要		
51	呼内	化学療法看護師ﾁｪｯｸ表(ﾅﾍﾞﾙﾋﾞﾝ･ﾛｾﾞｳｽ)	不要		
52	呼内	タイトルなし（ﾁｪｯｸﾘｽﾄ）	不要		
53	呼内	意思決定支援介入ﾁｪｯｸｼｰﾄ	不要		
54	呼内	とろみ調整	不要		
55	呼内	診察記事の画面ｺﾋﾟｰ	不要		
56	呼内	診察記事の画面ｺﾋﾟｰ	不要		
57	呼内	在宅酸素療法導入ﾁｪｯｸﾘｽﾄ(2013/2/15修正版)	不要		
58	呼内	外来化学療法へ移行される方へ①	不要		
59	呼内	外来化学療法へ移行される方へ②	不要	②については、文書？記事入力用ﾃﾝﾌﾟﾚｰﾄ？を作成するか検討中。	「外来化学療法室へ移行する患者様の基本情報」横田師長より作成依頼あり
60	呼内	A4用紙にﾎﾁｷｽ留めされていた感熱紙ﾀｲﾌﾟの検査記録	必要	検査結果(自院)	管理文書番号O-S-0601-0006
61	呼内	看護必要度取り漏れﾁｪｯｸｼｰﾄ	不要		
62	脳外	入院予定ｼｰﾄ(脳神経外科)	必要	以前から脳外(外来)にて様式検討中。様式が決まらず、QRｺｰﾄﾞが付与出来ていない状態である。	
63	呼内	排泄ﾁｪｯｸ用紙	不要		
64	不明	タイトルなし（カレンダー）	不要		
65	呼内	退院支援作業ｼｰﾄ(総合評価･退院支援ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ共用)	不要	ﾄﾞｷｭﾒｰｶｰに設定している退院支援作業ｼｰﾄ①～③とはまた異なる様式。	
66	呼内	手術前ﾁｪｯｸ表	不要	退院後は患者から病棟に問い合わせがあるため、退院後1ヶ月は保管し、その後破棄。	様式に「この用紙は最終ｶﾙﾃに保存する」と記載があったが、記載を変更していただくことになった。
67	循内	発作性心房細動アブレーション	必要	検査結果(自院)	管理文書番号O-S-0601-0006
68	眼科	採血の結果画面の画面ｺﾋﾟｰ	不要		
69	眼科	診察記事の画面ｺﾋﾟｰ	不要		
70	看護部	入院される患者の皆様へ(成人版)	必要	現在QRｺｰﾄﾞ付の様式作成中であるが、病棟により様式・運用が異なる。統一できないか検討していただく必要がある。看護部でのとりまとめ役が必要。 No.70、No.78、No.97	管理文書番号O-S-0201-0032
71	眼科	入院される患者の皆様へ(成人版)の裏ﾍﾟｰｼﾞに書かれた処方薬確認のようなもの	必要	記入者、記入日が不明。「持参薬報告書・投薬指示書」に統一していただく。	管理文書番号O-S-0401-0082
72	循内	ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ手帳の管理方法	不要		
73	循内	総合評価ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞの作業ｼｰﾄ(1ﾍﾟｰｼﾞ目)	不要		
74	循内	総合評価ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞの作業ｼｰﾄ(2ﾍﾟｰｼﾞ目)	不要		
75	循内	西病棟2階看護申し送り書	不要		
76	循内	西病棟2階入院退院ﾁｪｯｸﾘｽﾄ(入院用)	不要		
77	循内	西病棟3階入院退院ﾁｪｯｸﾘｽﾄ(退院用)	不要		
78～83	看護部	看護基本情報聴取にあたって	必要	病棟により様式・運用が異なる。統一できないか検討していただく必要がある。看護部でのとりまとめ役が必要。 No.70、No.78、No.97	
84	看護部	タイトルなし（「看護基本情報聴取にあたって」の表紙になっていたもの）	不要		
85	循内	救急外来看護記録	不要		
86	循内	PCIﾁｪｯｸﾘｽﾄ	不要		
87	循内	一時ﾍﾟｰｼﾝｸﾞﾁｪｯｸ表	不要		
88	集学	集学治療病棟IABPの使用点検表	不要		
89	循内	タイトルなし（ﾊｲﾘｽｸ？）	不要		
90	集学	環境整備ﾁｪｯｸﾘｽﾄ	不要		
91	循内	経食道心ｴｺｰ検査を受けられた方へ	不要		
92	循内	透析予定表(ｶﾚﾝﾀﾞｰ)	不要		
93	循内	タイトルなし（転院調整の用紙）	不要		
94	循内	A4用紙にメモ書きが貼られたもの	不要		
95	循内	入院時ﾁｪｯｸﾘｽﾄ	不要		
96	循内	患者･家族の皆様へ	必要	現在QRｺｰﾄﾞ付の様式作成中。 No.37「入院された患者様へ」と様式が統一できないか検討していただく必要がある。	管理文書番号O-S-0201-0141
97～107	眼科	看護基本情報(成人)	必要	病棟により様式・運用が異なる。統一できないか検討していただく必要がある。看護部でのとりまとめ役が必要。 No.70、No.78、No.97	
108	眼科	手術患者ﾁｪｯｸﾘｽｵ(眼科)	不要		
109	循内	抑制帯使用時のﾌﾛｰｼｰﾄ	不要		
110	循内	内服薬ﾁｪｯｸ表	不要		

補助診療録調査結果

番号	使用部署または調査ｶﾙﾃ	文書名(タイトル)	スキャン	備考	対応または案
111	循内	入室時持ち物ﾁｪｯｸﾘｽﾄ	不要	退院後は患者から病棟に問い合わせがあるため、退院後1ヶ月は保管し、その後破棄。	病棟により運用・様式が異なるため統一できないか？
112	循内	タイトルなし（同意書関連のﾁｪｯｸﾘｽﾄ）	不要		
113	循内	集学治療病棟看護師申し送り内容一覧表	不要		
114	消内	OP室ESD用病棟指示書	不要	ﾀｲﾄﾙには「指示書」となっているが、指示書ではないためｽｷｬﾝ不要。	
115	消内	TAE術後指示書	必要	病棟で紙運用だったもの。三好先生に確認し、現在QRｺｰﾄﾞ付の様式作成中。（電子ｶﾙﾃに設定予定）	管理文書番号O-S-0401-0133
116～117	消内	InBody	必要		管理文書番号O-S-0601-0120
118	消内	ｶﾃｰﾃﾙ検査ﾚﾎﾟｰﾄ	必要		管理文書番号O-S-0601-0119
119～120	消内	ｽﾄｰﾏﾊﾟｳﾁ観察項目	必要	W-7師長に確認したところ、磁気化への理解はあるが、磁気化ﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾄへの協力は得られず。ﾄﾞｷｭﾒｰｶｰへの設定、QRｺｰﾄﾞが付けられた紙様式の作成も不要。現場での忙しさや手間を考えて、もっと現場の意見を反映してほしいとのご意見をいただいた。	詳細は様式へ記載
121	消内	E-ESD(全身麻酔)内視鏡搬送物品	不要		
122	呼内	タイトルなし（A5ｻｲｽﾞの内服確認表？）	必要	「持参薬報告書・投薬指示書」に様式を統一。	管理文書番号O-S-0401-0082
123	消内	ｲﾝｼｭﾘﾝ自己注射施行中	必要	現行のｲﾝｽﾘﾝ指示書が出来るまでの様式のため、現在は使用されていない。	安全管理部、病棟確認済
124	内内	タイトルなし（A5ｻｲｽﾞの内服確認表？）	必要	「持参薬報告書・投薬指示書」に様式を統一。	管理文書番号O-S-0401-0082
125	内内	タイトルなし（蓄尿ﾁｪｯｸﾘｽﾄ？）	不要		
126	内内	ｲﾝｽﾘﾝﾎﾟﾝﾌﾟの手引き	不要	指示書ではなく、記録用紙である。必ず記事に入力しているのでスキャンは不要。	倉橋先生に確認済
127	血内	入院時ﾁｪｯｸﾘｽﾄ	不要		
128	血内	退院支援作業ｼｰﾄ(総合評価・退院支援ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ共用)	不要	ﾄﾞｷｭﾒｰｶｰに設定している退院支援作業ｼｰﾄ①～③とはまた異なる様式。	
129	血内	タイトルなし（看護基本情報聴取の際のｽﾀｯﾌ向け注意事項？）	不要		
130	血内	急変時、緊急入院時の看護記録	不要		
131	血内	介護支援連携指導料伝票	不要	医事科入院会計担当者へ提出するものであり、診療録ではないためｽｷｬﾝは不要。	
132	血内	(患者名●●)様1週間の予定表	不要		
133	血内	尿量記録表	不要		
134	血内	タイトルなし（歯科衛生士の口腔ケアの記載？）	不要		
135～136	精神	退院前訪問看護実施報告書	必要	病棟クラークより提出されたもの	管理文書番号O-S-0802-0021
137	精神	精神科退院前訪問看護申込書	必要	病棟クラークより提出されたもの	管理文書番号O-S-0799-0044
138	精神	医療保護入院者退院支援委員会の結果のお知らせ	必要	病棟クラークより提出されたもの	管理文書番号O-S-0802-0023
139	精神	医療保護入院者退院支援委員会審議記録	必要	病棟クラークより提出されたもの	管理文書番号O-S-0802-0022
140	産婦	お母さんと赤ちゃんの健康のために	不要	病棟クラークより提出されたもの	
141	産婦	徳島大学病院院内助産ｼｽﾃﾑ「ひなた」を利用することの同意書	不要	病棟クラークより提出されたもの	
142	産婦	同意書	不要	病棟クラークより提出されたもの	
143	産婦	バースレビュー	不要	病棟クラークより提出されたもの	
144	産婦	再採血依頼書	必要	病棟クラークより提出されたもの 他の機関からの検査依頼書	管理文書番号O-S-0101-0001
145	産婦	分娩台帳	不要	病棟クラークより提出されたもの 病棟医長の米谷先生に確認予定	
146	産婦	検査結果(陣痛時の計測？)	不要	病棟クラークより提出されたもの 病棟医長の米谷先生に確認予定	
147	産婦	新生児聴覚検査同意書兼検査申込書	必要	病棟クラークより提出されたもの 同意書だが、説明書部分が切り取られているため安全管理部のｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝとは異なるため、運用変更が必要。産科婦人科の米谷先生に確認予定	管理文書番号O-S-0501-0088
148	産婦	先天性代謝異常検査等依頼書	不要	病棟クラークより提出されたもの 病棟医長の米谷先生に確認予定	
149	透析室	透析患者ｻﾏﾘｰ	不要	病棟クラークより提出されたもの	
150	呼内	胸腔ﾄﾞﾚﾅｰｼﾞ・胸膜癒着に関する説明書・同意書	必要	飛梅先生に確認、設定依頼があったため設定済。	管理文書番号O-S-0501-0053
151	腎内	タイトルなし（透析用記録？）	必要	田蒔先生に確認、設定以来があったため設定済。	管理文書番号O-S-0605-0005
152～153	腎内	慢性透析患者ﾊﾞｽｷｭﾗｰｱｸｾｽに対する経皮的血管形成術を受けられる方へ	必要	田蒔先生に確認、設定以来があったため設定済。	管理文書番号O-S-0501-0719
154～155	腎内	超音波ｶﾞｲﾄﾞ下経皮的血管形成術の説明書・同意書	必要	田蒔先生に確認、設定以来があったため設定済。	管理文書番号O-S-0501-0719

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.1

補助診療録として 不要。
退院までは病棟で保管。
退院後は病棟にて破棄。

C項目評価表

H 30年 5月 2日(水) 診療科名: 心外 医師名(藤本鋭彦)

患者ID [redacted] 氏名 [redacted] 手術部看護師名(坂平加奈恵)

確定術式名: 弁形成術、心房合術

★該当する手術(空欄部分)にレ点を記入して下さい。

	★該当なし (何れにも該当しない場合、レ点を記入)	✓

	1 開頭手術(術当日より7日間)
	対象:開頭されて、頭蓋内に達する手術。「頭蓋内」とは、脳頭蓋だけでなく顔面頭蓋も含まれる。 ＊対象手術の詳細はKコード表参照
	対象外:全身麻酔下で、頭蓋内に達していない手術、及び穿頭及び内視鏡下の手術 (例)内視鏡下血腫除去術、穿頭ドレナージ術、頭蓋形成術等
	2 開胸手術(術当日より7日間)
	対象:胸壁を切開し、胸腔に達する手術。正中切開により縦隔に達する手術。胸腔鏡とは別の追加切開を加え、開胸手術へ切り替えとなった場合 ＊対象手術の詳細はKコード表参照
	対象外:胸腔鏡下に行われた手術(切開口の大きさは関係しない)、胸腔に達していない手術、検査に該当するもの (例)臓器穿刺・組織採取等
	3 開腹手術(術当日より5日間)
	対象:腹壁を切開し、腹腔内・骨盤腔内の臓器に達する手術、後腹膜腔の臓器に達する手術。腹腔鏡の小切開口とは別に腹壁を追加切開し、開腹手術へ切り替えとなった場合。＊対象手術の詳細はKコード表参照
	対象外:腹腔鏡下に行われた手術(切開口の大きさに関係しない)。開腹しているが、臓器に達していない手術 (例)腹膜や横隔膜の手術。腹膜透析のためのカテーテル留置術。カテーテル埋め込み術。V-Pシャント術等。
	4 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術当日より3日間)
	対象:胸腔鏡を使用して胸腔や縦隔に達する手術。腹腔鏡を使用して腹腔や骨盤内の臓器に達する手術。 ＊対象手術の詳細はKコード表参照
	対象外:胸腔鏡手術の途中で開胸手術へ切り替わった場合。腹腔鏡手術の途中で開腹手術へ切り替えとなった場合。 腹腔鏡手術ではあるが、臓器に達していない手術 (例)審査腹腔鏡手術など
	5 骨の手術(術当日より5日間)
	対象:①骨切若しくは骨切除・移植手術②関節置換・骨頭挿入手術③下肢・骨盤の骨接合手術④脊椎固定手術 ⑤骨悪性腫瘍手術 ＊対象手術の詳細はKコード表参照
	対象外:手指・足趾のみの手術。骨以外(軟骨・靭帯・歯・腱・椎間板など)の手術。骨の開窓・穿孔のみの手術。 固定具を穿刺若しくは抜去のみの手術。非観血的整復固定術。
	6 上記5手術以外の全身麻酔・脊椎麻酔の手術(術当日より2日間)
	対象:1~5のいずれにも該当しない場合。且つ、全身麻酔または脊椎麻酔(仙骨麻酔を含む)下に手術が行われた場合。 ＊対象手術の詳細はKコード表参照
	対象外:全身麻酔であっても、「マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」以外は対象外となる。 (例)硬膜外麻酔、上・下肢伝達麻酔、局所麻酔等。
	7 救命等に係る内科的治療(治療当日より2日間)
	対象:①経皮的血管内治療(冠動脈カテーテル治療、胸部若しくは腹部ステント内挿術、選択的血管塞栓による止血術等) ②経皮的心筋焼灼術等の治療(体外ペースメーキング術、ペースメーカー移植術、除細動器移植術等) ③侵襲的な消化器治療(内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術等) ＊対象手術の詳細はKコード表参照
	対象外:①IABP、PCPS、IVCフィルター留置等。脳血管・冠動脈以外の血管内治療 ②ペースメーカー交換術、除細動器交換術等の本体を交換する手術 ③内視鏡的粘膜切除術、内視鏡的ポリープ切除術など。

【評価表の流れ】
術式確定入力(手術部)⇒C項目評価表記入(手術部)⇒申し送り時、用紙引き渡し(集学治療病棟若しくは当該病棟)

＊注意事項
①この用紙は、1手術に対し1枚発行します。あくまでも、術式に対する評価表ですので、再手術や複数箇所の手術等、算定方法が異なる場合は、各部署で最終判断をすること。
②この用紙は、保存する必要はありません。退院時に破棄(シュレッダー)してください。

2017年9月7日
記録・システム委員会作成

手術部ー集学治療病棟申し送りチェックリスト

(ﾊﾞｽ)科 氏名 [redacted] 様 年齢 [redacted]

＊ 手術患者記録用紙 1 枚

＊ カルテ 1 冊（共診科 科 科）・X－P 袋

＊ 温度板 枚 ・ 標本 個

＊ 寝衣・バスタオル・T字帯・胸帯・腹帯・紙オムツ・その他（ ）

（ ※上記は未使用分のみ○で囲む）

＊ 持ち帰り薬品及び個数

抗生物質名 個

プラズマネートカッター 本 ・ 25%アルブミン 本

その他（ 体位ﾛｰ350注(1) ）

以下の物品は、手術部の備品を持ち出すときのみ○で囲み数を記入

微量注入器・テルフュージョンポンプ（手術場の分）

本体 台 ・ 支持台 個 ・ コード 本

移動用モニター・人工呼吸器・補助循環器・アンビューバッグ

加圧バッグ 1 個 ・その他（ ）

＊輸血伝票 枚 （下記表内は個数または番号を記入）

種類	量・単位	照射 未	照射 済	照射不要	未交叉の番号	その他
MAP血	140ml					セルセーバー血
(濃厚赤血球)	280ml					
血小板	5単位					貯血式自己血
	10単位					
	15単位					希釈式自己血
	20単位					
FFP	80ml				(備考)	
	160ml					

手術部看護婦サイン（ ）

補助診療録として 不要。
退院までは病棟で保管。退院後は病棟にて破棄。

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.3

術前チェックリスト

患者氏名（[redacted]）（　4月 23日　曜日）

			サイン
☑	入院時　4月 18 23日		
☑	検体スピッツ準備　／　クロス血　T&S　4/20(月)　済み	2本	田上
☑	鼻腔培養採取　ラベル発行依頼・提出	4/20	冷内へ 不要
□	持参薬準備　伝票（四九）薬品確認（ V ）		
	オーダー（四九）		
□	手術患者指示書（Dr記入済み 担当科（四九）		（四九）
	麻酔科（ OK ）		加田
☑	集学申し込み　4月　23 日（入室2日前までに）		
☒	バストバンド（胸部OP時）　腹部は腹帯用意		
☑	手術着・キャップ準備		
☑	集学入室しない時、寝衣・T字帯・バスタオル用意		田上
☑	弾力ストッキング準備		
	・DVT予防チェックリスト記入		4/20
	・肺血栓塞栓症予防管理料 処置伝に手書き記入（点数305点）		田し
	・弾力ストッキング準備・患者への装着説明及び		
	下肢運動指導と看護記録（記事）に入力		→ 4/21 スキャン依頼中
□	患者集学入室時持参物準備		
	（できるだけ前日までに準備してもらう）		
☑	術前、口腔ケア受診		4/18 歯科
☑	欠　食　入力確認		4/20 田C
☑	転　棟　入力確認		（四九）
□	手術同意書		
□	麻酔同意書・説明書		4/21 IC済み
□	特定生物由来製品使用説明および同意書		→ スキャン依頼中
□	輸血同意書確認　①②③④		

			サイン
	前日　4月　22日		
☑	最終食事・飲水時間・~~下剤内服の説明~~		下村本 → 前日下剤内服は不要との指示あり
□	患者集学持参物確認	4/23 そろう（　）	
☑	手術持参物確認		下村本
☑	当日内服薬確認・準備		なし
☒	剃毛		なし
☑	転棟サマリー入力（入院より3日以内は不要）		OK
□	手術同意書確認		
□	麻酔科同意書・説明書確認		スキャン依頼中
□	特定生物由来製品説明および同意書確認		
□	輸血同意書確認①②③④		
□	上記項目、全てチェック済みである		

		サイン
	当日　4月　23日	
☑	最終食事量・飲水量と時間の確認・記入	
☒	当日内服薬服用確認	
	除去物確認	
	入れ歯 ☒　化粧 □	
	ピアス □　時計 □	
	下着 □　コンタクト □	
	補聴器 □　マニュキュア □	
	指輪 □　ヘアピン □	
□	リストバンド装着（血液型が印字されいるか）	
□	カルテ・持参物準備（同意書の有無確認）	
□	家族の説明11:30集学へ案内（それまでは病棟で待機）	
	☆術後、病棟帰室予定時のみ	
□	ストッレチャーにベッドネーム装着・酸素ボンベ準備	
	（申し送り後、ストレッチャーにバスタオル・T字帯・寝衣を広げて	
	OP場を退室する）	

輸血前検体は採取すみです。
ラベルが未なので
オーダー入力すれば
ウラの冷ぞう庫にあります。
提出お願いします。
→ ラベル未、検体は冷内にあり。

補助診療録として　不要。
退院後は病棟にて破棄。

2016，5改訂

輸血使用確認表

患者氏名（

		3/29		3/29		3/29		3/31	
血液種類		受領数	残数	受領数	残数	受領数	残数	受領数	残数
RBC 2U		1 → 0		＋2 → 1		—— → 1		—— → 1	
FFP 1U									
2U				2＋ → ⊖1		—— → 1		—— → 1	
PC 10U				1 → 1		—— 0			
セルセーバー		580ml 55ml → 580ml		580ml → 580ml		11＋			
シリンジ	RBC								
	FFP	1(50) → 0							
	PC								
サイン		林	林	林	林	門田	門田		笠谷

		4/1		4/1		4/3		4/3	
血液種類		受領数	残数	受領数	残数	受領数	残数	受領数	残数
RBC 2U			1		1	→		返0	
FFP 1U									
2U			1		1	→		返0	
PC 10U									
セルセーバー									
シリンジ	RBC								
	FFP								
	PC								
サイン			門田		岸野		笹川	山本	

		/		/		/		/	
血液種類		受領数	残数	受領数	残数	受領数	残数	受領数	残数
RBC 2U									
FFP 1U									
2U									
PC 10U									
セルセーバー									
シリンジ	RBC								
	FFP								
	PC								
サイン									

補助診療録として　不要。
退院後は病棟にて破棄。

平成27年12月25日作成

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.5

集学治療病棟　看護師　申し送り内容一覧表

患者氏名 [redacted]

記載日	内容	記載者	実施日	実施者	備考欄
4/16	体重0点設定 ・オムツ1枚（L）サイズ、パット（　）枚 ・寝衣（L）サイズ ・その他（　） ・ベッドボード　あり・なし	トミイガ			
	リハビリ紹介：あり・なし ※紹介なしの場合集学医師へ依頼				リハビリ紹介できたら 紹介日を記載（　）
4/16	S-G. CVP 0点 ベッドアップ30°で合わせてます	トミガ	4/17	福岡	
4/16	薬剤禁忌情報 心カテ検査後に流涙止まらなかった（被疑薬：ヘパリンNa）				
	↳ 田尻医師 報告 ㊞ Aライン・CVPのヘパリンはこのままで良いとのことです ヘパリンの持続投与も様子見てとのこと。	トミガ			
4/17	西川リハ 車椅子座位まで離床お願いします。 ペースメーカー現在とっても・HR80切るようならDrに相談	上田			
4/17	NSだけなど　単独のCVラインができたら CVPを常時モニタリングして下さいと　黒部Dr より	福岡	4/18	〃	CV緑をCVPにしてます。4/17 内田
4/18	西川 Pt と立位訓練までリハビリokです	上田			
4/18	黒部Drより退室時は末梢ルートを残しておくようにとのことです。	上田			

補助診療録として　不要。
退院後は病棟にて破棄。

集学治療病棟 H26年8月25日作成
H29年6月1日改訂

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.6

入室時持ち物チェックリスト

科名(心外 科) 氏名 [redacted] 様) 入室日(4/16)

	受け取り日	移動 4/19 (ICU→)	移動 / (→)	移動 / (→)	返却・退室
	月日 サイン	サイン・受け取りサイン	サイン・受け取りサイン	サイン・受け取りサイン	月日 サイン
IDカード	(4/16 : 富永)	(村重)			
入院カルテ (科)					
(科)					
(科)					
外来カルテ・到着確認					
(科) ( )					
(科) ( )					
CD−R: 枚					
内服薬・冷内薬 (裏に記載)					
義歯(上: 1 個・下: 個)・ケース	(4/17 : ベッド)	(村重)			
眼鏡・ケース					
補聴器・ケース					
電気髭剃り・コード・ケース					
お守り: 個					
ティッシュ					
コップ					
吸い飲み・キャップ・ブラシ					
歯磨き粉	(4/16 富永)	(村重)			
歯ブラシ: 1 本・キャップ: 個	(4/16 富永)	(村重)			
歯間ブラシ: 本		(村重)			
はし・ケース・割りばし	(4/16 富永)	(村重)			
スプーン 1 本・フォーク 本	(4/16 富永)	(村重)			
ストロー	(4/18 富永)	(村重)			
衣類・靴下・ミトン・エプロン					
靴・スリッパ	(4/16 : フクオカ)	(村重)			
バスタオル・タオル					
オムツ・パット・長方形オムツ	(4/16 富永)	(村重)			
お尻拭き					
腹帯・胸帯・バストバンド	(4/16 富永)	(村重)			
T字帯					
弾性ストッキング	(4/16 富永)	(村重)			
ビニール袋	(4/16 富永)	(村重)			
リップクリーム					
シャンプー・リンス					
ボディーソープ					
くし・ブラシ・鏡					
DVD: 枚・CD: 枚					
本: 冊					
イヤホン					
ミルトン容器・消毒液・消毒粒					
哺乳瓶: 本・乳首: 個・キャップ: 個					
粉ミルク・冷凍母乳					
おしゃぶり: 個・キャップ: 個					
ピンクのバック	(4/16 富永)	(村重)			
<>	(4/18 富永)	(村重)			

入退室時、ベッド移動時に担当NSがチェックリストに記入して下さい。 持ち物にはすべて名前を書いてもらって下さい。
現金・宝飾品・不要なものは速やかに返却して下さい。
用紙は退室時、集学病棟所定の場所に保管して下さい。

2015.2.11

補助診療録として 不要。
退院後は問い合わせがあるので、病棟にて１か月程度保管した後、破棄。

内服薬チェック表

入院紙カルテ電気化プロジェクト調査1　NO.7

【内服の確認方法】
チェック表には薬剤名のみの記載でよい。
薬袋に残薬の記載があれば毎回のチェックは不要。

薬剤名	持参日	移動　/	移動　/	移動　/	移動　/	返却・退室
	月日・サイン	サイン・受け取り	サイン・受け取り	サイン・受け取り	サイン・受け取り	月日・サイン
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）
	/（　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	（　：　）	/（　）

補助診療録として　不要。
退院後は病棟にて破棄。

患者氏名（[redacted]）　環境整備チェックリスト　☆各勤務で清拭を行って下さい☆

	4/16			4/17			/18			/			/			/			/		
	夜	日	長	夜	日	長	夜	日	長	夜	日	長	夜	日	長	夜	日	長	夜	日	長
PC画面・キーボード					✓	✓	✓	✓	✓												
モニター・アラームボタン					✓	✓	✓	✓	✓												
点滴台					✓	✓	✓	✓	✓												
ME機器					✓	✓	✓	✓	✓												
人工呼吸器画面とボタン					✓	✓	✓	✓	✓												
ベッド柵・コントローラー					✓	✓	✓	✓	✓												
体温計・ペンライト・聴診器					✓	✓	✓	✓	✓												
吸引カート・吸引スイッチ					✓	✓	✓	✓	✓												
エコー（使用時）					✓	✓	✓	✓	✓												
片付け・ゴミ捨て					✓	✓	✓	✓	✓												
サイン					木津	阿白	下堀	林	山名												

	/			/			/			/			/			/			/		
	夜	日	長	夜	日	長	夜	日	長	夜	日	長	夜	日	長	夜	日	長	夜	日	長
PC画面・キーボード																					
モニター・アラームボタン																					
点滴台																					
ME機器																					
人工呼吸器画面とボタン																					
ベッド柵・コントローラー																					
体温計・ペンライト・聴診器																					
吸引カート・吸引スイッチ																					
エコー（使用時）																					
片付け・ゴミ捨て																					
サイン																					

H28年1月16日　ICU部署目標環境整備の強化チーム　改訂

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.8

補助診療録として　不要。
退院後は病棟にて破棄。

離床ケア実施一覧表

Lv（[redacted]）　患者名（[redacted]）

※実施項目に■　※入室日は○、退室日は△、リハビリ紹介日は※とイベント欄に印をお願いします。

（　　）月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
イベント																○															
LEVEL1 離床に向けた体位変換																															
LEVEL1 上肢挙上運動																															
LEVEL1 肘関節屈伸運動																															
LEVEL1 掌握運動																															
LEVEL1 足関節底背屈運動																															
LEVEL1 膝立て・膝関節屈伸運動																															
LEVEL1 下肢挙上運動																															
LEVEL1 ヘッドアップ45度																															
LEVEL2 ヒップアップ																															
LEVEL2 臥位でのプッシュアップ運動																															
LEVEL2 ブロック運動																															
LEVEL2 ボールキッキング																															
LEVEL2 ヘッドアップ60度																															
LEVEL2 チェア位																															
LEVEL3 介助下での端座位（分）																	40														
LEVEL3 すわろうくんでの端坐位（分）																															
LEVEL3 自力での端坐位（分）																															
LEVEL3 端坐位での膝上げ運動																															
LEVEL3 端坐位での膝伸ばし運動																															
LEVEL4 立位（分）																															
LEVEL4 椅子移乗（分）																															
LEVEL4 車椅子移乗（分）																															
LEVEL4 ポータブルトイレ移乗（回数）																															
嚥下・摂食 口腔ケア																															
嚥下・摂食 口唇・頬の運動																															
嚥下・摂食 頸部の運動																															
嚥下・摂食 アイスマッサージ（回数）																	1														
嚥下・摂食 改訂水飲みテスト（点）																	5														
嚥下・摂食 フードテスト（点）																															
自立しているADL 顔を拭く																															
自立しているADL 髪をとく																															
自立しているADL はみがき																															
自立しているADL 飲水																															
自立しているADL 食事																															

補助診療録として　不要。
退院後は病棟にて破棄。

2017.05　早期離床チーム

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.9

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.10

補助診療録として不要。
退院後は病棟にて破棄。

407

ICU術前・術後訪問シート

シート作成日	3/23	作成者	相原
術前訪問日	3/23	訪問者	野村
退室日		退室先	
術後訪問日		訪問者	

氏名		術日
ID		3/26

77才
AVR
166cm
93kg

3/22入院時
杖歩行
移乗は車イス
→普段は普通に歩行. 10分間くらいの散歩が習慣

2017年11月
右大腿骨頸部骨折(人工骨頭置換術後, AP

☑ 患者氏名の確認
☑ 自己紹介
☑ 手術日の確認(患者さんに言ってもらって下さい) (3/26)
☑ ICU環境見学希望の有無を確認 ☑あり □なし

術前訪問

雰囲気	表情	柔らかい・普通・硬い 5「普通のトよりはあまり笑わない方」			
	口調	はっきりしている	例:優しい、無口等		
	行動	落ちついている	例:落ち着いている、そわそわ等		
	顔を触る頻度(正の字)	なし	その他		
感覚	視覚	ベッドサイドに立ち同じ指出しができるかを確認。左右から確認 R0.7 L0.7	右 OK	左 OK	
	聴覚	ベッドサイドに立った状態で普通の声の大きさで聴こえるか左右から確認 体温計の音が聞こえない	右 OK	左 OK	
	痛み	部位			
		増強因子	体動(リハビリの時のみ)		
		緩和方法	安静		
	NRS	なし← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →強			
認識	GCS	E: 4	V: 5	M: 6	
	RASS	0			
	長谷川式	30			
バーセルインデックス		95	聴取者:本人・家族( )・Ns		

フレイル診断	①体重減少 6か月で、2~3kg以上の体重減少があった(基本チェックリスト #11)	増えた ない
	②筋力低下 握力:男性<26kg、女性<18kg	利:R 40.3kg L 35kg OK
	③疲労感 (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする(基本チェックリスト #25)	ない
	④歩行速度 通常歩行速度<1.0m/秒	20.3 秒(杖) ない
	⑤身体活動	
	a 軽い運動・体操をしていますか?	していない
	b. 定期的な運動・スポーツをしていますか?	
	上記2つのいずれも「していない」と回答	
	該当 0項目:健常 1~2項目:プレフレイル 3項目以上:フレイル	プレフレイル

生活習慣	睡眠リズム	普段の消灯の時間(24) 覚醒の時間(5) アプニアあり CPAP使用			
	睡眠状況	眠れていない ← 1・2・3・4・5 → 熟睡できている			
	睡眠体位	右向き 左向き 仰臥位	CPAP使用していなかったら2/5		
	趣味	庭園の整備			
	好きな音楽	演歌 ありさゆり	テレビ視聴	よく観る	ジャンル 朝ドラ ガッテン プラタモリ プロ野球
	その他				

メンタル	何か要望はありますか?	
	本人	特にありません よろしくお願いします
	家族	
	不安に思うことはありますか?	
	本人	元の体になるのか 事故は general をしないか いたいは気になる
	家族	
	HADS A(不安)	3 点 D(うつ) 点

妻:アルツハイマー5~6年前
大野家さん
妻・長男夫婦 4人暮らし

補助診療録として 必要
※現在作成中
『緊急連絡先』(0-S-0201-0142)

緊急時連絡先

＜緊急時の連絡先について＞
状態の変化や必要物品のお願い、部屋の移動など、病院から連絡させて頂くことがあります。御家族で相談され、必ず連絡のつく方のご記入をお願いします。

患者氏名 [redacted]

順番	家族氏名	続柄	電話番号	住所（町名） 会社名など
①	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
②	[redacted]	[redacted]	[redacted]	
③	[redacted]		[redacted]	[redacted]

集学治療病棟

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.12

感染制御部

※退院後は病棟から感染制御部へ提出するもの
補助診療録として保管しない（スキャン不要）

※感染制御部に提出する書類として周知されていない。
感染制御部には、書類の下部に説明を記載してもらうよう依頼済。

ID [redacted]

患者氏名（ [redacted] 病名（ AS ）

入室日（ 1 月 16 日） 退室日（ 月 日 退室先: HCU 病棟 階 ）

カテ挿入日（ 1 月 16 日） 挿入場所(ICU・院内 ・他院) 挿入者（ 科 医師: ）

マキシマルバリアプリコーション（ キャップ ・ マスク ・ 滅菌ガウン ・ 大きな滅菌ドレープ ）

挿入部位（ 右 ・ 左 ）（ 内頸 ・ 鎖骨下 ・ 大腿 ・ その他: ）

カテーテル種類（ シングル ・ ダブル ・ トリプル ・ ブラッドアクセス ） カテーテル抜去日（ 月 日）

1歳未満の患者（ ）

＊1歳未満の患者の場合にはチェック欄にチェックをお願いします。

＊カテ抜去後48時間まで記入してください。発熱の有無は+/−で記載して下さい。

カテ留置日数	1			2			3			4			5			6			7		
日付	1/16			1/17			1/18			/			/			/			/		
発熱>38℃以上	深	日	準	深	日	準	深	日	準	深	日	準	深	日	準	深	日	準	深	日	準
		−	−	+	−	−	−	−	−												
培養提出																					
培養結果																					
抗菌薬																					
CV処置等							抜去														
看護師サイン			上尾	上尾	福岡	戸田	上田	木津	川端						古						

カテ留置日数	8			9			10			11			12			13			14		
日付	/			/			/			/			/			/			/		
発熱>38℃以上	深	日	準	深	日	準	深	日	準	深	日	準	深	日	準	深	日	準	深	日	準
												−									
培養提出																					
培養結果																					
抗菌薬																					
CV処置等																					
看護師サイン																					

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.13

貴重品所在確認リスト

患者氏名（[redacted]）

貴重品の種類 ： 義歯（上・下・部分） ・ 補聴器 ・ 眼鏡 ・その他（　　）

日付	時間	サイン	日付	時間	サイン	日付	時間	サイン
4/17	深夜（　：　）			深夜（　：　）		/	深夜（　：　）	
	日勤（17:00）	福岡		日勤（　：　）			日勤（　：　）	
	準夜（20:00）	戸田		準夜（　：　）			準夜（　：　）	
4/18	深夜（8:00）	上田	/	深夜（　：　）		/	深夜（　：　）	
	日勤（17:00）	木下里		日勤（　：　）			日勤（　：　）	
	準夜（20:30）	川端		準夜（　：　）			準夜（　：　）	
/19	深夜（8:00）	トミナガ	/	深夜（　：　）		/	深夜（　：　）	
	日勤（　：　）			日勤（　：　）			日勤（　：　）	
	準夜（　：　）			準夜（　：　）			準夜（　：　）	
/	深夜（　：　）		/	深夜（　：　）		/	深夜（　：　）	
	日勤（　：　）			日勤（　：　）			日勤（　：　）	
	準夜（　：　）			準夜（　：　）			準夜（　：　）	
/	深夜（　：　）		/	深夜（　：　）		/	深夜（　：　）	
	日勤（　：　）			日勤（　：　）			日勤（　：　）	
	準夜（　：　）			準夜（　：　）			準夜（　：　）	
/	深夜（　：　）		/	深夜（　：　）		/	深夜（　：　）	
	日勤（　：　）			日勤（　：　）			日勤（　：　）	
	準夜（　：　）			準夜（　：　）			準夜（　：　）	
/	深夜（　：　）		/	深夜（　：　）		/	深夜（　：　）	
	日勤（　：　）			日勤（　：　）			日勤（　：　）	
	準夜（　：　）			準夜（　：　）			準夜（　：　）	
/	深夜（　：　）		/	深夜（　：　）		/	深夜（　：　）	
	日勤（　：　）			日勤（　：　）			日勤（　：　）	
	準夜（　：　）			準夜（　：　）			準夜（　：　）	
/	深夜（　：　）		/	深夜（　：　）		/	深夜（　：　）	
	日勤（　：　）			日勤（　：　）			日勤（　：　）	
	準夜（　：　）			準夜（　：　）			準夜（　：　）	

補助診療録として 不要。
退院後は問い合わせがあるので、病棟にて１か月程度保管後、破棄。

集学治療病棟ICU
2015.12.18作成

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.14

SSIサーベイランスシート ①

閉創セット使用 （ 有 ・ 無 ）
手術部での臍処置 （有 ・ 無 ）
手術終了時： 閉胸　開胸

ID: [redacted]　患者名 [redacted]

手術日：2018年 4月 16日

1. 手術部記入項目

記入担当看護師：

執刀医：	黒瀬dr	手洗い	Ns：ラビング法 ・ スクラブ法
助手：	土屋dr		Dr：ラビング法 ・ スクラブ法
病名：	大動脈弁狭窄症		
手術術式：	弁置換術		

(1)ASA分類：アメリカ麻酔学会（American Society of Anesthesiologists）分類→麻酔記録参照
＜患者の術前状態＞
1 標準的な健康な患者
2 軽い全身疾患の患者
3 重篤な全身疾患があるが，活動不能ではない患者
4 日常生活を営めない，常に生命を脅かされている全身疾患の患者
5 手術の有無にかかわらず，24時間生きることが予測できない瀕死　の患者
6 脳死状態の患者
(2)創分類
Ⅰ．清潔創：まったく炎症のない非汚染創のこと。呼吸器，消化器，生殖器，感染していない尿路は含まれない。
Ⅱ．準清潔創：呼吸器，消化器，生殖器，尿路がﾓﾆﾀｰ下にあって，通常は起こらないような汚染がない手術創のこと。胆道，虫垂，膣，口腔の手術など。
Ⅲ．汚染創：開放創，浅傷、偶発的な創傷を含む。さらに，滅菌消毒技術に大きな過失があった手術（たとえば，開胸心ﾏｯｻｰｼﾞ），あるいは消化管からの大量の排液，急性の非化膿炎症の生じた切開創など。
Ⅳ．感染創：壊死組織の残存する陳旧性外傷，臨床的感染，あるいは消化管穿孔を伴う創などで，このような定義は術後感染を引き起こす病原体が術前よりすでに手術領域に存在していたことを示唆する。
(3)手袋の術中交換
①消化管の吻合後
②閉創前
(3)T時間：皮膚切開から閉創終了まで

合併手術	あり　なし	
皮下洗浄量	生食 1000 ml	
体腔内洗浄量	生食 7000 ml	
閉創直前の手袋交換（消化器外科手術のみ）	Dr：あり ・ なし	
	Ns：あり ・ なし	
手袋の定期的な交換	あり ・ なし	
術野消毒剤	ネグミン，クロルヘキシジン（イソジンアルコール）	術野消毒後 乾燥の有無：あり ・ なし
ドレープの使用	あり（種類：イソジンドレープ） なし	
心肺装置の回転時間	開始：11時7分　終了：14時11分	

NNISリスクインデックス	手術時間	時間　分：T時間(3) 以上 ／ 以下	→ 0 ／ 1 点
	ASA分類(1)	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	→ 0 ／ 1 点
	創分類(2)	Ⅰ(清潔) Ⅱ(準清潔) Ⅲ(汚染) Ⅳ(感染)	→ 0 ／ 1 点

※T時間以上・創分類Ⅲ以上・ASA 3以上で1ポイント。リスクインデックス（太枠の部分）は　は記入しなくてよい。

リスクインデックス

2. 病棟記入項目

記入担当看護師：

入院日：20　年　月　日

既往歴：（　）

術前合併症：糖尿病　あり　なし

退院日：20　年　月　日

SSI	あり ・ なし
主治医確認日：20　年　月　日	
発生日	20　年　月　日
診断時期	入院中　退院後　再入院
SSI定義分類	1．表層切開部位　2．深部切開部位　3．臓器・体腔部位
感染部位：	
検体提出	あり　なし
原因	1．皮下膿瘍　2．縫合不全　3．遺残膿瘍　4．膵液漏 5．胆汁漏　6．逆行性感染　7．その他（　）
起炎菌：	
転帰1（2次的血流感染）	あり　なし
転帰2（死亡）	あり　なし
転帰3（感染と死亡との関連）	あり　なし

3）対象術式と手術手技別T時間（NNIS）

結腸（COLN）	3h
直腸（REC）	3h
心臓手術（CARD）	300
胸部とグラフト採取部位の切開を伴う冠動脈バイパスグラフト（CBGB）	300
胸部切開のみの冠動脈バイパスグラフト（CBGC）	240
胸部大動脈手術（TAA）	
胸部大動脈血管内手術（TAE）	

※感染制御部に提出する書類として周知されていない。感染制御部には、書類の下部に説明を記載してもらえるよう依頼済。

※退院後は病棟から感染制御部へ提出するもの
補助診療録として保管しない（スキャン不要）

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.15

シート②	創・ドレーンからの膿性排液	38℃以上の発熱	創部の感染兆候（〇をつける） 発赤	熱感	腫脹	疼痛	圧痛	培養提出	Drによる創部開放	備考	Nsサイン
当日 4月16日	—	有 (無)	—	—	—	—	—	有・(無)			ナエトー
術後1日目 4月17日	—	有 (無)	—	—	—	—	—	有・(無)	—		福岡
術後2日目 4月18日	—	有 (無)	—	—	—	—	—	有・(無)	—		木村里
術後3日目 月 日		有 無						有・無			
術後4日目 月 日		有 無						有・無			
術後5日目 月 日		有 無						有・無			
術後6日目 月 日		有 無						有・無			
術後7日目 月 日		有 無						有・無			
術後8日目 月 日		有 無						有・無			
術後9日目 月 日		有 無						有・無			
術後10日目 月 日		有 無						有・無			
術後11日目 月 日		有 無						有・無			
術後12日目 月 日		有 無						有・無			
術後13日目 月 日		有 無						有・無			
術後14日目 月 日		有 無						有・無			
術後15日目 月 日		有 無						有・無			
術後16日目 月 日		有 無						有・無			
術後17日目 月 日		有 無						有・無			
術後18日目 月 日		有 無						有・無			
術後19日目 月 日		有 無						有・無			
術後20日目 月 日		有 無						有・無			
術後21日目 月 日		有 無						有・無			
術後22日目 月 日		有 無						有・無			
術後23日目 月 日		有 無						有・無			
術後24日目 月 日		有 無						有・無			
術後25日目 月 日		有 無						有・無			
術後26日目 月 日		有 無						有・無			
術後27日目 月 日		有 無						有・無			
術後28日目 月 日		有 無						有・無			
術後29日目 月 日		有 無						有・無			
術後30日目 月 日		有 無						有・無			

※感染制御部に提出する書類として周知されていない。感染制御部には、書類の下部に説明を記載してもらえるよう依頼済。

※退院後は病棟から感染制御部へ提出するもの
補助診療録として保管しない（スキャン不要）

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.16

BPS・RASSスコアおよび投与薬剤・流量　一覧表

ID(

患者氏名(

鎮痛プロトコル	薬剤名：
鎮静プロトコル	薬剤名：プロポフォール

月日	時間	スコア	ボーラスまたは増減量	実施者	プロトコル以外の指示	指示医
4/17	0'	BPS				
		RASS +2	5mg/h 開始	野村	プロトコル開始	田村
	4'	BPS				
		RASS	4mg/h down	野村		
		BPS				
		RASS				
		BPS				
		RASS				
		BPS				
		RASS				
		BPS				
		RASS				
		BPS				
		RASS				
		BPS				
		RASS				
		BPS				
		RASS				
		BPS				
		RASS				
		BPS				
		RASS				

注意）・必ずダブルチェック後に流量変更する。
・中断中も2時間毎の評価を記載すること。

H25年5月2日　作成
H26年1月29日　改訂

補助診療録として　不要。
退院後は病棟にて破棄。

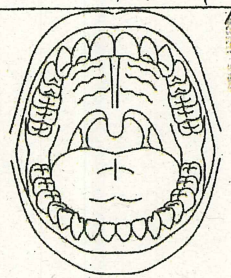
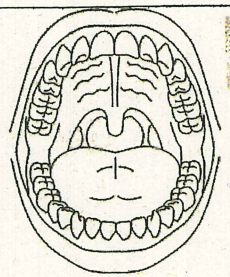
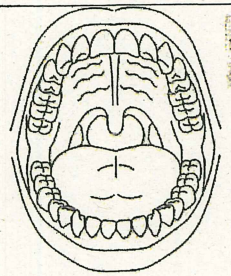
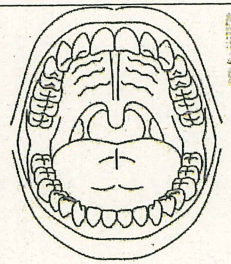
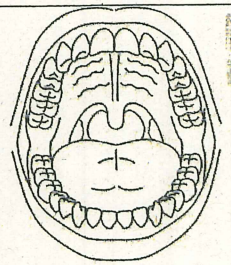
ID [redacted]

[redacted]

口腔ケア・アセスメントシート

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.17

補助診療録として 不要。
退院後は病棟にて破棄。

観察日	4/17	/	/	/	/
入室日（4/16）					
退室日（　　）					
声	①・2・3	1・2・3	1・2・3	1・2・3	1・2・3
嚥下	①・2・3	1・2・3	1・2・3	1・2・3	1・2・3
口唇	1・②・3	1・2・3	1・2・3	1・2・3	1・2・3
舌	1・②・3	1・2・3	1・2・3	1・2・3	1・2・3
唾液	①・2・3	1・2・3	1・2・3	1・2・3	1・2・3
粘膜	①・2・3	1・2・3	1・2・3	1・2・3	1・2・3
歯肉	1・②・3	1・2・3	1・2・3	1・2・3	1・2・3
歯と義歯	1・②・3	1・2・3	1・2・3	1・2・3	1・2・3
ROAG 合計点数	12				
口腔内科の介入	①・ない	ある・ない	ある・ない	ある・ない	ある・ない
リップクリーム	ある・ない 依頼:有・無	ある・ない 依頼:有・無	ある・ない 依頼:有・無	ある・ない 依頼:有・無	ある・ない 依頼:有・無
歯ブラシ	ある・ない 依頼:有・無	ある・ない 依頼:有・無	ある・ない 依頼:有・無	ある・ない 依頼:有・無	ある・ない 依頼:有・無
保湿ジェル	ある・ない 依頼:有・無	ある・ない 依頼:有・無	ある・ない 依頼:有・無	ある・ない 依頼:有・無	ある・ない 依頼:有・無
サイン	福岡				

平成 29 年 5 月 5 日　ICU 呼吸ケアチーム

補助診療録として　不要。
退院後は病棟にて破棄。

皮膚ケア表

患者名　（　　）

日付	発生部位・状態	画像取り込み	ケア方法				
4/5	右頚部 発赤+水疱 滲出液あり		亜鉛華単軟膏+ガーゼ		□立案 □修正 □継続		
4/6	両腋窩+両ソケイ部 発赤 両下肢		エスアイエイド貼布		□立案 □修正 □継続		
4/6	乾燥部		プロペト塗布 4/6 皮膚科往診あり		□立案 □修正 □継続		
4/11 HCUより			のみ塗布している。		□立案 □修正 □継続		
					□立案 □修正 □継続		
					□立案 □修正 □継続		
					□立案 □修正 □継続		
					□立案 □修正 □継続		

左頚部に首が傾いており、左前頚部の皮膚が常に圧迫されている。
開くと紅斑と小水疱2個あり。鱗屑なし。
両そけい部、両腋窩部も常に同じ姿勢でいるため、しわに沿って紅斑あり。エスアイエイド貼付にてやや改善してきたとのこと。こちらも鱗屑なし。
頭部、顔面、側腹部に乾燥、鱗屑あり。

＃頚部、そけい部、腋窩部間擦疹
赤ちゃんなので関節部、屈曲部がむちむちしており、動かないので同じ部位がつねに圧迫されており、紅斑、水疱形成されていると思われる。真菌が付着している様ではない。
腋窩、そけい部はエスアイエイド継続。
頚部に関しては亜鉛華軟膏外用の上ガーゼをはさんでもらう。

＃皮膚乾燥
部分的に皮膚乾燥しており、こちらはプロペトで。

※メモ貼り付け

STAR 分類

1a：創縁を正常な解剖学的位置に戻すことができる。皮膚・皮弁が蒼白・薄黒くない。

1b：創縁を正常な解剖学的位置に戻すことができる。皮膚・皮弁が蒼白・薄黒い。

2a：創縁を正常な解剖学的位置に戻すことができない。皮膚・皮弁が蒼白・薄黒くない。

2b：創縁を正常な解剖学的位置に戻すことができない。皮膚・皮弁が蒼白・薄黒い。

3：皮弁が完全に欠損している。

褥創チェックリスト

患者氏[redacted]　　主治医 心外

・ハイリスクになった日を記入　　月　　日　　受け持ちNs

・提出日　集学／病棟　29年 8月12日

〔エアーマット〕 有 ・ 無

種類　リバーシブルPRO
・エバーフロートマットレス
・ビックセルEX
・ネクサス
・グランデ

★褥創回診　（火）　有 ・ 無

〔褥創時のブレーデンスケールの入力日〕

（1週間毎／1か月毎）

日付	サイン	日付	サイン
8/12	心O	10/22	
/19	尾崎	10/29	
/26	田中	11/5	板東
9/3	板東	/12	島田
/10	岡内	/19	板東
/17	久多田	/26	久多
/24	板東	12/3	久多
10/1	心O	/10	
/8	福田	/	
/15	尾崎	/	

日付		サイン
/	褥創評価シート提出	
/	回診時看護師	
/	褥創評価シート提出	
/	回診時看護師	
/	褥創評価シート提出	
/	回診時看護師	
/	褥創評価シート提出	
/	回診時看護師	

当日は直接担当Nsが記載し回診に渡す

・終了日　　年　　月　　日

・終了計画書コピー提出　未 ・ 済
（入院係へ）

・終了時のブレーデンスケール入力　未 ・ 済

・終了時の結果の評価入力　未 ・ 済

・看護記事に記載入力　未 ・ 済

ASO
血流障害あり
褥瘡に関する
計画書作成
しています。
血流障害なくなれば
終了にして下さい。

補助診療録として 不要。
退院後は病棟にて破棄。

指示日　2017/12/8　開始日　2017/12/08 夕 内内 山口(0056)

血糖測定：5時、11時、17時、眠前(21時)

各食直前

主食量が半分未満の際にはコール

ノボラピッド 血糖値	朝食前	昼食前	夕食前	眠前	
～100mg/dlの時	7	5	7	0	単位
101～150mg/dlの時	8	6	8	0	単位
151～200mg/dlの時	9	7	9	0	単位
201～250mg/dlの時	10	8	10	1	単位
251～300mg/dlの時	11	9	11	2	単位
301～350mg/dlの時	12	10	12	3	単位
351mg/dl～　の時	Dr call ; PHS 0056				

【低血糖時】
○ 80mg/dl以下の時は50%ブドウ糖液20mlの静脈注射を行う。

低血糖時と300mg/dl以上の高血糖時にはcall

低血糖時も必ずDrコールして下さい。

※現行の新しいインスリンスケール、指示書ができるまでの様式のため、保管（スキャン）が必要。今後はこのようなインスリンスケールが出回る予定はない。

インスリン投与量

call
250mg/dl以上の高血糖
低血糖時にはcallください
PHS0056　山口

●血糖測定　4回

朝食前	昼食前	夕食前	22時

●目標血糖値

朝食前	130	mg/dl
食後2時間	180	mg/dl

●使用インスリン　ノボラピッド　食後打ち

○主食を7割以上とれたとき

朝食

食前血糖値	ノボラピッド
0-150	20
151-200	22
201-250	24
251-300	26
301-	28

単位

昼食

食前血糖値	ノボラピッド
0-150	20
151-200	22
201-250	24
251-300	26
301-	28

単位

夕食

食前血糖値	ノボラピッド
0-150	12
151-200	14
201-250	16
251-300	18
301-	20

単位

22時

血糖値	ノボラ
0-150	0
151-200	2
201-250	4
251-300	6
301-	8

○主食を3～7割とれたとき

朝食

食前血糖値	ノボラピッド
0-150	10
151-200	12
201-250	14
251-300	16
301-	18

単位

昼食

食前血糖値	ノボラピッド
0-150	10
151-200	12
201-250	14
251-300	16
301-	18

単位

夕食

食前血糖値	ノボラピッド
0-150	6
151-200	8
201-250	10
251-300	12
301-	14

単位

22時

血糖値	ノボラ
0-150	0
151-200	2
201-250	4
251-300	6
301-	8

○主食が3割未満のとき

朝食

食前血糖値	ノボラピッド
0-150	0
151-200	2
201-250	4
251-300	6
301-	8

単位

昼食

食前血糖値	ノボラピッド
0-150	0
151-200	2
201-250	4
251-300	6
301-	8

単位

夕食

食前血糖値	ノボラピッド
0-150	0
151-200	2
201-250	4
251-300	6
301-	8

単位

22時

血糖値	ノボラ
0-150	0
151-200	2
201-250	4
251-300	6
301-	8

●低血糖　指示

症状：手の震え、発汗、気持ちが悪い、全身倦怠感など

↓ 血糖値を測る

↓ 血糖値が

↓ 61-80　ブドウ糖5g内服　あるいは　50%糖液10ml静注

↓15分後に血糖を測定し、

血糖値が100mg/dlになるまでブドウ糖服用　あるいは　50%糖液10ml静注

食事がすぐに摂取出来るなら食事で代用可、血糖再検不要

61未満　ブドウ糖10g内服　あるいは　50%糖液20ml静注

↓15分後に血糖を測定し、

血糖値が100mg/dlになるまでブドウ糖服用　あるいは　50%糖液20ml静注

30m
1H

※現行の新しいインスリンスケール、指示書ができるまでの様式のため、保管（スキャン）が必要。
今後はこのような様式のインスリンスケールが出回る予定はない。

食事が摂れないときのインスリン投与量

●血糖測定　4回　朝食前　昼食前　夕食前　22時

内分泌代謝内科　山口　0056

●目標血糖値　随時　180　mg/dl　未満

●使用インスリン　ノボラピッド　**食直後**に皮下注射

●ノボラピッドは主食を食べられた量をみて調節をします。

○主食を7割以上とれたとき

朝食

食前血糖値	ノボラピッド	
100以下	3	単位
101-150	4	
151-200	5	
201-250	6	
251-300	7	
301-	8	

昼食

食前血糖値	ノボラピッド	
100以下	1	単位
101-150	2	
151-200	3	
201-250	4	
251-300	5	
301-	6	

夕食

食前血糖値	ノボラピッド	
100以下	2	単位
101-150	3	
151-200	4	
201-250	5	
251-300	6	
301-	7	

○主食を4～6割とれたとき

朝食

食前血糖値	ノボラピッド	
100以下	1	
101-150	2	単位
151-200	3	
201-250	4	
251-300	5	
301-	6	

昼食

食前血糖値	ノボラピッド	
100以下	0	
101-150	1	単位
151-200	2	
201-250	3	
251-300	4	
301-	5	

夕食

食前血糖値	ノボラピッド	
100以下	1	
101-150	2	単位
151-200	3	
201-250	4	
251-300	5	
301-	6	

○主食が1－3割のとき

朝、昼、夕とも

食前血糖値	ノボラピッド	
150以下	1	単位
151-200	2	
201-250	3	
251-300	4	
301-	5	

○主食が1割未満のとき

朝、昼、夕とも

食前血糖値	ノボラピッド	
150以下	0	単位
151-200	1	
201-250	2	
251-300	3	
301-	4	

●低血糖　指示

症状：手の震え、発汗、気持ちが悪い、全身倦怠感など

↓ 血糖値を測る

↓ 血糖値が

80以下　ブドウ糖10g内服　あるいは　50%糖液20ml静注

↓30分後に血糖を測定し、

血糖値が100mg/dlになるまでブドウ糖服用　あるいは　50%糖液20ml静注

※現行の新しいインスリンスケールができるまでの様式のため、保管（スキャン）が必要。今後はこのような様式のインスリンスケール、指示書が出回る予定はない。

＊毎食後callは必要ないですが低血糖がつづくようであれば"callください"と山口Drより

3/28

師長さんへ

2日に1回交換
11/13 から3

W－4
【部署CD】063
【物品CD】0000089637
【シールNo.】000053-80
購入
V.A.C.グラニューフォーム（スモール）
M8275051/1N.S（M8275051）
ケーシーアイ
【請求単位】1個
【価　格】¥1,87
【医事ｺｰﾄﾞ】53570
【使用期限】2019年08月
【ロットNo.】2962868
請 2017/11/06
G1-6

処置室のカート内においてあります。

11/13 成D

W－4
【部署CD】063
【物品CD】0000096721
【シールNo.】000045-80
預託
ActiV.A.C.キャニスター（ゲル化剤入）
M8275058-JP/1N.S　300ml
ケーシーアイ
【請求単位】1個
【価　格】¥6,500
【使用期限】2019年11月
【ロットNo.】3103893
請 2017/11/06
G1-6
12:41:33

よろしくお願いします。

11/13に3つずつうけてます
使用しなかったら
SPD室に返却可能

補助診療録として　不要

※スキャン室にSPDシールの現物が届いたら、必ず病棟に返却。
使用済みのものは会計に必要となる。（処置伝票等、病棟により管理）
SPDシールは棚卸の際に必要となるため、使用していない医療材料のSPDシールは病棟で保管する。棚卸の際にSPDシールがないと、不明材料として、理由書が必要になるため取扱いには注意する。

指示簿

補助診療録として 不要。
退院後は病棟にて破棄。

2018/4/12

患者ID [redacted] 患者名 [redacted] フリガナ [redacted] 性 [redacted] 血液型 O(RH+)
身長 体重 年齢 診療科 心外

指示絞込条件 日付:本日 手技:全 指示ステータス:実施中／未実施

指示詳細

処方

用法	手技	注	指示内容	状況	予定時間	履歴	発行時間	受け時間	実施時間
内服	処方		期間 2018/4/11 12:00～2018/4/13 7:00 毎日 2日目 最終日 指示名称 フロセミド錠 20mg 投与薬剤 フロセミド錠 20mg 2 錠/日 注 コメント 分2 朝昼食後		2018/4/12 12:00 分2 朝昼食後 2018/4/13 7:00 分2 朝昼食後	開始 1錠 開始 1錠	4/11 14:11 ★清水 郁子 4/11 14:11 ★清水 郁子	4/11 15:35 富永 紗代 4/11 15:35 富永 紗代	
内服	処方		期間 2018/4/11 7:00～2018/4/13 7:00 毎日 3日目 最終日 指示名称 タケルダ配合錠 投与薬剤 タケルダ配合錠 1 錠/日		2018/4/13 7:00	開始 1錠	4/11 14:11 ★清水 郁子	4/11 15:35 富永 紗代	
内服	処方	開	条件期間 2018/4/10 16:08～持続中 毎日 3日目 最終日 指示名称 ロゼレム錠8mg 投与薬剤 ロゼレム錠8mg 1 錠 注 コメント 不眠時	待機中 必用	適宜 不眠時	開始 1錠	4/10 16:09 山田 亮	4/10 16:38 門田 あすは	
	処方		期間 2018/4/11 12:00～2018/4/13 7:00 毎日 2日目 最終日 指示名称 アスパラカリウム錠300mg 投与薬剤 アスパラカリウム錠300mg 6錠/日 飲み薬切り中止 4/15～中止		2018/4/12 12:00 2018/4/12 19:00 2018/4/13 7:00	開始 4錠 開始 4錠 開始 4錠	4/12 4:30 山田 亮 4/12 4:30 山田 亮 4/12 4:30 山田 亮	4/12 5:25 門田 あすは 4/12 5:25 門田 あすは 4/12 5:25 門田 あすは	
内服	処方		期間 2018/4/11 13:00～2018/4/12 19:00 毎日 2日目 最終日 指示名称 ワーファリン錠(バラ) 投与薬剤 ワーファリン錠(バラ) 2 mg/日		2018/4/12 19:00	開始 2mg	4/11 14:11 ★清水 郁子		
内服	処方		期間 2018/4/11 12:00～2018/4/13 7:00 毎日 2日目 最終日 指示名称 ニコランジル錠 5mg 投与薬剤 ニコランジル錠 5mg 3 錠/日 4/17夕 最終 のみきり		2018/4/12 12:00 2018/4/12 19:00 2018/4/13 7:00	開始 1錠 開始 1錠 開始 1錠	4/11 14:11 ★清水 郁子 4/11 14:11 ★清水 郁子 4/11 14:11 ★清水 郁子	4/11 15:36 富永 紗代 4/11 15:36 富永 紗代 4/11 15:36 富永 紗代	
内服	処方		期間 2018/4/11 9:30～2018/4/13 7:00 毎日 2日目 最終日 指示名称 サムスカ錠7.5mg 投与薬剤 サムスカ錠7.5mg 0.5 錠/日	4/17夕中止	2018/4/13 7:00	開始 0.5錠	4/11 15:38 ★清水 郁子	4/11 15:39 富永 紗代	
	処方		期間 2018/4/12 8:20～2018/4/13 7:00 毎日 2日目 最終日 指示名称 オルメテック錠20mg 投与薬剤 オルメテック錠20mg 1 錠/日 注 コメント オルメサルタンOD錠		2018/4/13 7:00 オルメサルタンOD錠	開始 1錠	4/12 8:24 山田 亮	4/12 8:24 門田 あすは	

4/12～ フサスマック 再開 (未) 次 4/19

ムコソルバン L 45mg 1T 朝

クエン酸第一鉄Na 50mg 2T分2 朝・夕 のみきり

~~アミティーザ 1C分1 朝~~ 4/16中止

4/15～ レボフロキサシン(500) 1T 朝

4/16～ ルプラック(8mg) 1T 朝 (4/16のみ上がり次第)

※指示書ではないため、
保管不要。

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.25

NCD Feedback

Procedure ： Valve

	リスク因子	選択肢または入力値
患者情報 B. 基礎情報2	患者性別	男性
手術・術前情報 D. 術前危険因子	手術時年齢	73 歳
	身長	155.2 cm
	体重	68.2 kg
	現在喫煙歴（術前一ヶ月以内に喫煙歴があるもの）	No
	糖尿病	No
	腎機能障害の既往	No
	慢性透析	No
	高血圧の既往	Yes
	感染性心内膜炎(IE)の既往	No
	慢性呼吸障害	Mild
	頚動脈病変の既往(Non Invaisive 75%)	Yes
	心臓外の血管病変	No
手術・術前情報 E. 以前の心臓手術	脳障害の既往	No
	24時間以内の意識障害（GCSで8点以下）（術前24時間以内で最も重篤な状態）	No
	以前の手術名：Valve	No
	冠動脈インターベンションの既往（今回入院中を含む）	No
手術・術前情報 F. 術前心血管症状	急性心筋梗塞	No
	心不全症状（最近2週間の）	No
	狭心症	No
	心原性ショック(直前)	No
	不整脈の既往（手術2週間以内）	No
手術・術前情報 G. 術前投薬	術前48時間以内に投与：Inotropic Agents	No
手術・術前情報 H. 術前心カテ情報	狭窄度	左主幹部(#5) 1-49
		左前下行枝、近位部(#6) 1-49
		左前下行枝、遠位部&対格枝(#7-10) 1-49
		左回旋枝&鈍縁枝(#11-15) 50
		右冠動脈(#1-4) 1-49
	LV function (by any method)	good
	Aortic Stenosis	Yes
	Mitral Stenosis	No
	Aortic Insufficiency	II
	Mitral Insufficiency	II
	Tricuspid Insufficiency	III
手術・術前情報 J. 手術	緊急度	Elective
手術・術中情報 L. 冠動脈手術	CABG	No
手術・術中情報 M. 弁手術	Aortic valve	Replacement
	Mitral valve	No
	Tricuspid valve	Annuloplasty only
	Pulmonic valve	No

結果

手術死亡	： 4.0 %
死亡＋主要合併症	： 19.1 %
Reoperation for bleeding	： 4.7 %
Stroke	： 5.2 %
Dialysis Required (Newly)	： 1.9 %
Deep Sternum Infection	： 1.8 %
Prolonged Ventilation > 24hrs	： 10.9 %
Gastro-Intestinal Complication	： 1.9 %
ICU stay over 7days	： 4.2 %

※NCDは研究目的のため補助診療録としては不要であるが、診療科で保管する場合もある？→黒部先生に確認予定

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1_NO.26

施設：徳島大学病院　　症例日：平成30年 4月25日

部位：腹部　　患者ID：

アプローチ：右　　患者氏名：※藤本先生に確認予定

No.	分類	メーカー	製品名・規格	SIZE・SPEC	数量
1	シース	テルモ	イントロデューサーセット	8Fr × 10cm	2
2	ガイドワイヤー	テルモ	ラジフォーカス	0.035in × 180cm	1
3	サイジングカテーテル	メディキット	PIG（マーカー付）	5Fr × 110cm	1
4	シーキングカテーテル	メディキット	CKF	5Fr × 80cm	1
5	ガイディングシース	テルモ	destination	5Fr × 45cm	1
6	プラグ	SSM	バスキュラープラグII	10mm	1
7	ガイドワイヤー	ボストン	スーパースティフ	0.035in × 260cm	1
8	ステントグラフト（メインボディ）	メドトロニック	エンデュラントIIS	18Fr [23(14)mm × 103mm]	1
9	ガイドワイヤー	ヒラタ	エゴイスト	0.035in × 260cm	1
10	シース	ゴア	ドライラールFLEX	14Fr × 33cm	1
11	ステントグラフト（左レッグ）	ゴア	エクスクルーダー	12Fr [16(12)mm × 10cm]	1
12	シース	ゴア	ドライラールFLEX	14Fr × 33cm	1
13	ステントグラフト（右レッグ）	ゴア	エクスクルーダー	12Fr [16(10)mm × 7cm]	1
14	ステントグラフト（右レッグ②）	メドトロニック	エンデュラントII	14Fr [10(10)mm × 82mm]	1
15	バルーン	クック	coda LPバルーン	32mm	1
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.27

[redacted]

ST. JUDE MEDICAL　Accent™ DR 2112 ペースメーカ 2549988　術前　18-4-25 9:08 来院時

FastPath™ サマリー

1/1 ページ

2018. 4.25 ME 功東

バッテリー
電池寿命:4.1-4.5 年



植込み日:	11-8-31
電圧	2.84 V
マグネット レート	95.5 min-1
バッテリー電流	10 uA
ERI までの残容量	40%

テスト結果 18-4-25　Ⓐ 自動

	キャプチャー	センシング	リード インピーダンス
心房	**0.5V @ 0.4ms** (バイ) Ⓐ	**2.9mV** (バイ)	**490 Ω** (バイ) Ⓐ
	0.5V @ 0.4ms (バイ) 18-1-25	4.9mV (バイ) 18-1-25	490 Ω (バイ) 18-1-24
心室	**1.0V @ 0.4ms** (バイ) Ⓐ	**>12.0mV** (バイ) Ⓐ	**400 Ω** (バイ) Ⓐ
	0.875V @ 0.4ms (バイ) 18-1-25	>12.0mV (バイ) 18-1-25	410 Ω (バイ) 18-1-24

パラメータ

モード	DDD
基本レート	60 min-1
最大トラッキング レート	110 min-1
ペース後 AV ディレイ	160 ms
センス後 AV ディレイ	110 ms

キャプチャー & センシング	心房	心室
ACap™コンファーム/Vオートキャプチャー	On	On
パルス振幅	1.5 V Ⓐ	1.25 V Ⓐ
パルス幅	0.4 ms	0.4 ms
オート センシング	Off	Off
感度 (セーフティー マージン)	0.5 mV (5.6:1)	2.0 mV (6:1)

診断サマリー 18-1-25 以降

AP	88 %
VP	16 %
AMS エピソード	76
AMS	7.4%
AT/AF バーデン	7.3%

エピソード サマリー 18-4-25 以降

	カウント	EGM
AMS 開始	76	29
高心室レート	0	0
ノイズ リバージョン	0	0

メモ
SSS

アラートなし

スキャンが必要。
※文書番号：0-S-0601-0084
「心臓ペースメーカー指導計測結果」
（スキャンが必要・スキャンが原本）

▸ 手動プログラム　↳ 自動プログラム

[redacted]

ST. JUDE MEDICAL　Accent™ DR 2112 ペースメーカ 2549988　術後　18-4-25 11:40 来院時

1/1 ページ

FastPath™ サマリー

2018. 4.25

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.28

補助診療録として 不要。
退院後は病棟にて破棄。

iTUHP - Desktop Viewer

ミカルディス錠40mg 先

一般名　テルミサルタン

薬効分類　その他の血圧降下剤　薬価　115/40mg1錠

添付情報 | 医薬品・医療機器 安全性情報

- 薬品コード
- 薬効分類
- 規制区分
- 商品名
- 一般名
- 会社名
- 組成
- 剤形
- 識別
- 貯法
- 使用期限
- 効能効果
- 用法用量
- 一般注意
- 禁忌
- 慎重投与
- 副作用
- 注意－妊産婦等
- 注意－乳小児・高齢
- 注意－その他
- 薬効薬理
- 体内薬物動態
- 添付文書日付
- 相互－併用注意

複数の販売会社の添付文書があります

添加物
軽質無水ケイ酸
添加物
ステアリン酸マグネシウム
添加物
メグルミン
添加物
ポリオキシエチレン(160)ポリオキシプロピレン(30)グリコール
添加物
エリスリトール
性状
ミカルディス錠40mg:

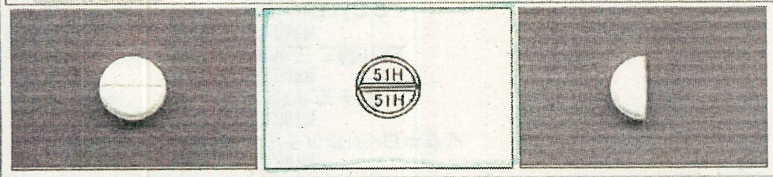
販売名	ミカルディス錠40mg
剤形	白色～微黄色の割線入り錠剤
外形	(図略)(図略)(図略)
直径	約8mm
厚さ	約2．8mm
重さ	約0．170g
識別コード	(図略)　51H

【剤形】
内用：錠剤
割線
持続性製剤

【識別】
51H
@
@51H
ﾊｸｼｮｸｰﾋﾟｷｲﾛ

朝食後

【貯法】
室温保存(「取扱い上の注意」の項参照)
取扱い上の注意
分包後は吸湿して軟化，黄変することがあるので，高温・多湿を避けて保存すること。



表示変更　抗がん剤確定入力　NEXT(N)

CITRIX

スタート　iTUHP - Desktop...　13:04

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.29

2017/08/10 13:04:02

W-6 呼内

0-S-0603-0017

性別:男性　　利き腕:　　生年月日:　　年齢:50
身長:　　体重:　　入院 / 外来:
測定日:2017/08/10　　検査番号:
手術室番号:　　担当科:脳神経外科
測定者:
医師:
所見:
術式:
コメント:
SEP
刺激電極:右正中神経、探査電極:左C'、刺激強度:13.0mA

[波形ステータス]

波形名	感度	ハイカット	時定数	整流
C'-Fz(EP)	1uV	1.5kHz	50Hz	OFF

Dynamic range: +/- 2.5mV
間隔: 30s
エッジ周波数: False
範囲: 1Hz - 30Hz
窓関数: Rectangle

サンプリング周期: 200Hz
CSA 表示スケール: 振幅
中心周波数: False

ピーク周波数: False

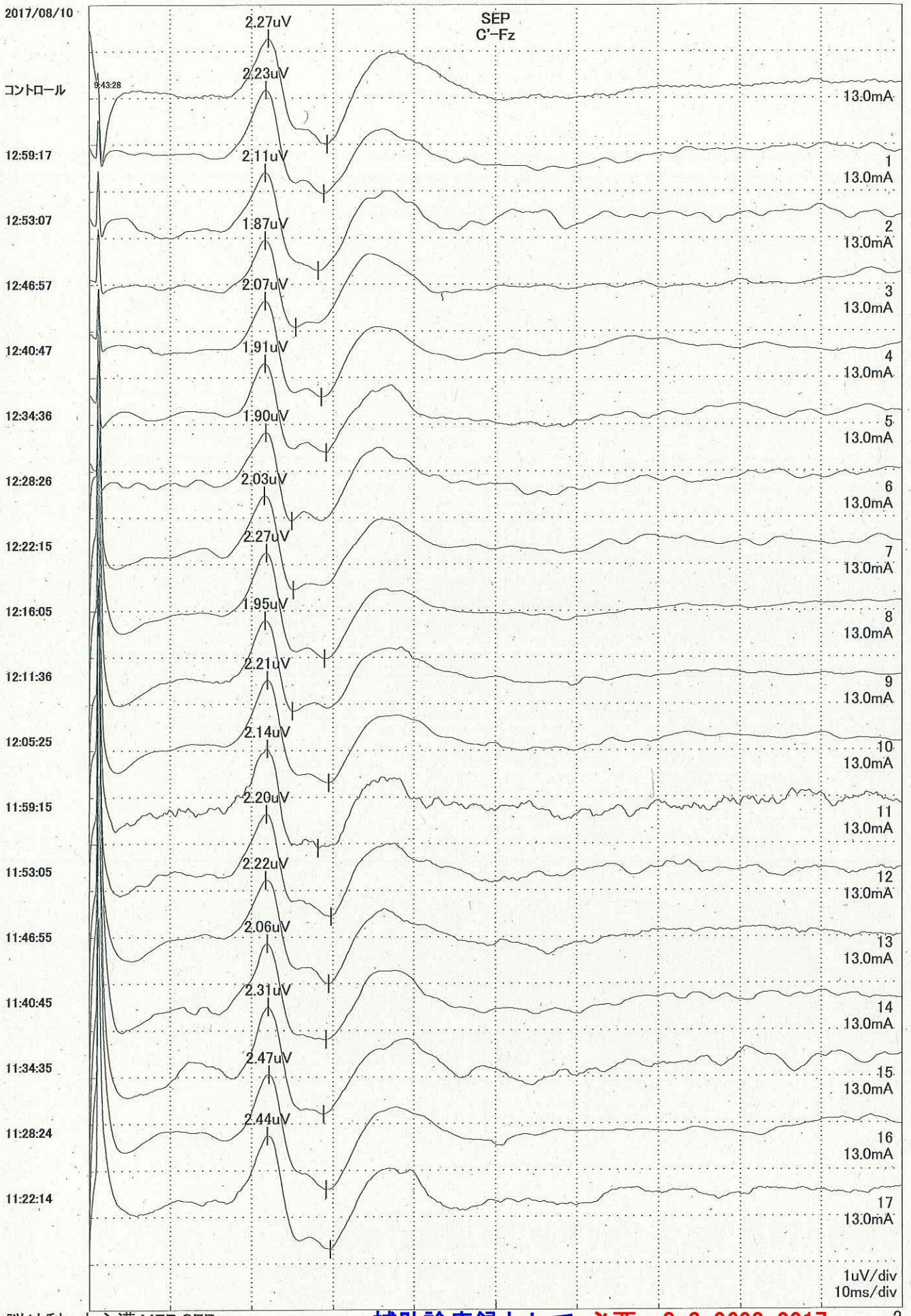
補助診療録として 必要
0-S-0603-0017
「誘発電位(SEP)経頭蓋高電流刺激(MEP)等」

Nihon Kohden

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.30

W-6 呼内
0-S-0603-0017

2017/08/10 13:04:02



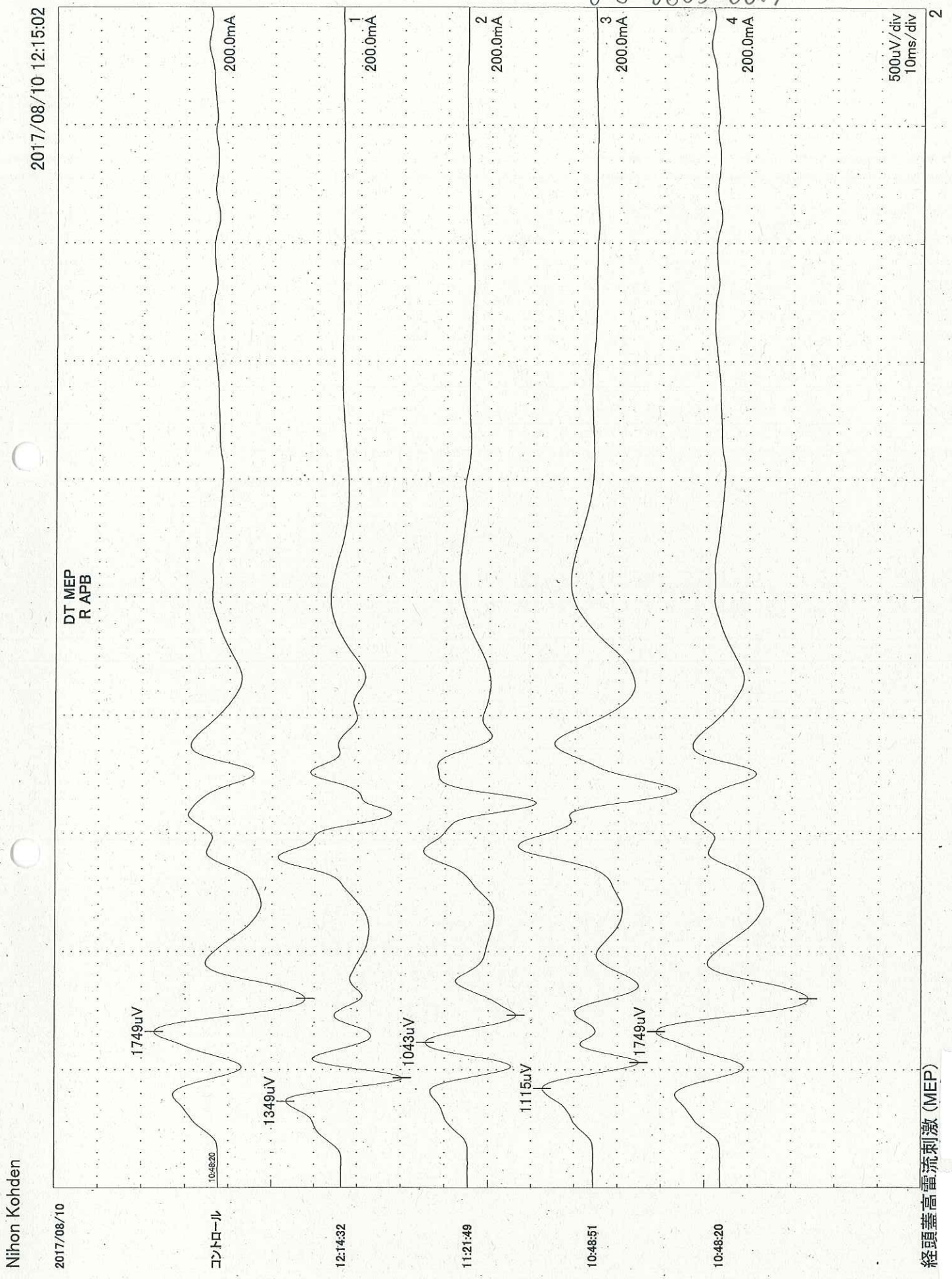
脳外科　中心溝,MEP,SEP

補助診療録として 必要　0-S-0603-0017

「誘発電位(SEP)経頭蓋高電流刺激(MEP)等」

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.31

W-6 ICU内
0-S-0603-0017



補助診療録として 必要　0-S-0603-0017
「誘発電位(SEP)経頭蓋高電流刺激(MEP)等」

W-6 呼内
文書番号なし

内服薬変更指示書

診療科名（ 呼内 ）主治医（ ）患者名（ ）

・Dr：指示の日付、時間、内服薬の指示(新処方・中止・再開・量や内服方法の変更・頓用)を記載する。
(※麻薬は入院時医師指示書もしくはピンク指示、特殊内服薬は特殊内服薬指示書に記載)。

・指示受けNS：指示を確認して押印、処方箋控えに変更内容記載する。
・実施内容・実施NS：実際に指示を処理した後押印、実施内容を記載する。

・翌日確認者：指示日付の翌日日勤担当者は、実際に処理されているか確認して押印する。

※指示そのものが変更された場合は必ず×をする。

日付	指示変更内容	指示医師	指示受けNS	実施内容 実施NS	翌日確認者
記入例 ○/○ 昼食後～	○○○○(△mg)中止	○○	○○	中止袋へ ○○	○○
9/11 ダー	ランソプラゾール 15mg 1T 1XB	よ			9/12
9/25 朝	ベルソムラ(15mg)1T 分1 朝	和	吉	Pt (吉)	9/26
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

補助診療録として 必要
※ただしH30.12,31までとし、
『持参薬報告書・投薬指示書』
0-P-0401-0082の様式に統一。
(病棟確認済、現在はこの様式の使用はされていない)
H31.1.1からは磁気化となる。

スキャン済

② 今後の生活

- 少なくとも リハビリなどは少し必要
- 自宅に直接退院されても、十分な生活ができないかもしれない。
- 再発などがあった時に、抗がん剤をする、しないという選択ができるような体力は残したい。本当に治療をするかどうかを決めるのはもう少しあとでも良い。

↓

- 転院を考える
- ずっとひとり暮らしを続けることも難しいかもしれない。

補助診療録として 不要
退院後は病棟にて破棄

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.34

W-6 呼内
文書番号なし

日東医誌 Kampo Med Vol.62 No.2 142-146, 2011

臨床報告

頭皮放射線性皮膚炎に対する紫雲膏の治療成績

林 明宗 佐藤 秀光

神奈川県立がんセンター脳神経外科，神奈川，〒241-0815 横浜市旭区中尾1-1-2

Efficacy of Shiunko in Treating Radiation-induced Scalp Dermatitis

Akimune HAYASHI Hidemitsu SATO

Department of Neurosurgery, Kanagawa Cancer Centre, 1-1-2 Nakao, Asahi-ku, Yokohama, Kanagawa 241-0815, Japan

Abstract

PURPOSE : Radiation-induced scalp dermatitis is a type of burn caused by radiotherapy for brain tumors, and often impairs patients' quality-of-life (QOL). In this study, we evaluated the efficacy of shiunko for the treatment of radiation-induced scalp dermatitis. Shiunko is an ointment invented by Sheishu Hanaoka in the early 19th century and is known to treat burns more effectively than steroids.

METHODS : Twenty-two patients (12 men and 10 women ; age range between 51 to 74 years-old, mean 63.1) with malignant brain tumors were involved in this study. The histological diagnoses were malignant glioma (13 cases), malignant lymphoma (6 cases), and metastasis (3 cases). Performed radiotherapies were as follows : whole brain in 9 cases and local in 13 cases. Symptoms were as follows : redness in 18 cases, burning pain in 13 cases, itching in 13 cases, and erosion in 3 cases. Shiunko was applied in the same manner as when treating with standard ointment. Efficacy was evaluated according to symptom improvement rates : excellent (more than 80%), good (more than 50%), fair (less than 50%), and no effect (less than 30%).

RESULTS : Favorable therapeutic effects were observed in all patients (16 excellent cases, 6 good cases). The efficacy was confirmed within a few hours in patients who showed quick response to this treatment.

CONCLUSION : Shiunko can be expected to be an effective ointment for treating radiation-induced scalp dermatitis.

Key words : shiunko, radiation-induced dermatitis, brain tumor

要旨

【目的】脳腫瘍治療の合併症である頭皮放射線性皮膚炎は火傷の一種であり，現状ではステロイド製剤がその治療の主役となっている。今回，火傷を保険適応とする紫雲膏の頭皮放射線皮膚炎に対する治療効果を検討した。

【方法】悪性脳腫瘍症例22例（全脳照射９例，局所照射13例）を対象とした：男/女＝12/10例。51～74歳（平均63.1歳）。疾患内訳：悪性神経膠腫13例，脳悪性リンパ腫６例，転移性脳腫瘍３例。症状内訳（重複あり）：発赤18例，灼熱感をともなう疼痛13例，瘙痒感13例，皮膚びらん３例。治療効果は自覚症状の改善度により以下のように判定した：著効（改善度80%以上），有効（改善度50%以上），やや有効（改善度50%未満），無効（改善度30%未満）

【成績】著効16例，有効６例で，全例に良好な治療効果を認めた。

【結論】紫雲膏は組織修復作用にも優れ，ステロイド製剤にかわる放射線性皮膚炎に対する有用な薬剤として期待できる。

キーワード：紫雲膏，放射線性皮膚炎，脳腫瘍

緒言

脳腫瘍に対する放射線治療の合併症である頭皮放射線性皮膚炎は，患者さんのQOLに多大な影響を与える。これまではステロイド含有の軟膏・クリーム・ローションなどの塗布が西洋医学的治療法として臨床実地で施行されてきた。たしかに，ステロイドの消炎効果は顕著ではあるが，その効果だけに眼を奪われて，それにともなう強い副作用が存在することを忘れてはならない。とりわけ，皮膚再生を促進する作用に乏しいという側面は致命的な短所と言わざるを得ない。

放射線皮膚炎は放射線による一種の火傷であることから，われわれは“火傷”をその保険上の効能とする紫雲膏に注目した。まず，医療用放射線と紫外線との違いはあるものの，病因・病態をまったく同じくする“日焼け後の皮膚の発赤・疼痛”を訴えて

受付：2010年３月９日，受理：2010年８月30日

補助診療録として 不要
退院後は病棟にて破棄

W-6 呼内
文書番号なし

補助診療録として 不要
退院後は病棟にて破棄



W-6 呼内

入院患者用臨床実習アンケート

文書番号なし

入院患者各位

この度は学生の医学教育実習にご協力いただき，誠にありがとうございました。今回の担当学生[　　]の実習態度の評価の一環として以下のアンケートにお答えいただければ幸いです。なお，この結果を学生が見ることはありません。

			コメント
1．朝からお部屋に来ましたか？	はい	(いいえ)	( )
2．言葉使いはていねいでしたか？	(はい)	いいえ	( )
3．よく勉強しているようでしたか？	(はい)	いいえ	( )
4．「やさしさ」はありましたか？	(はい)	いいえ	( )
5．よい相談相手でしたか？	はい？	いいえ	( )
6．看護師さんによく協力していましたか？	はい？	いいえ	( )
7．理学療法士によく協力していましたか？	はい？	いいえ	( )
8．信頼できる医師になりそうですか？	(はい)	いいえ	( )

将来，この学生が医師になった時に，この学生に診てもらいたいですか？

1）是非，主治医になってほしい。

2）主治医になってもかまわない。

(3) わからない。

4）診てもらいたくない。

補助診療録として 不要
※診療録ではない

その他お気づきの点がありましたら遠慮なく御記入下さい。

平成 21 年 9 月 26 日

診療科名：＿＿＿＿＿＿＿＿　　ご芳名＿＿＿＿＿＿＿＿

スキャン済

W-6 呼内

0-S-0501-0176

入院された患者様へ

患者様がご自分の病気を良く理解されることが治療には大事と思われますので、当病棟では、入院された時に呼吸器・感染症内科およびアレルギー・膠原病内科の患者様すべてに対し下記のように医療に対するお考えをお聞きして、治療を進める上での参考とさせて頂いています。

お名前

性別： 男 (女) 年齢 75才

A. 医療については、医師などの判断にまかせたいので質問には答えたくないと思われる方は、Aに○印をつけそのまま主治医にお渡しください。

B. 質問に答えようとお考えの方は、以下にご記入になり主治医にお渡しください。また答えたくない、わからない部分については空白にされて結構です。

1．あなたは、ご自分の病気の検査結果、治療方針、病状経過などについて、どのように医師から説明を受けたいとお思いですか。

(1) 詳しく知りたい
2) 簡単に知りたい
3) 家族に説明してほしい
(特に希望される方があれば名前をお書きください＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様)
4) 医師の判断に任す

2．あなたの病気がたとえ「がん」のような治りにくい病気でも、本当の病名をお知りになりたいですか。

(1) 知りたい
2) 知りたくない
3) 医師の判断に任す

3．あなたの病気が「がん」のような治りにくい病気として、家族の方、そのほかの方（1で記入頂いた方など）が、あなたへ病名を告げることを反対しているとき、どのように希望されますか。

(1) それでも自分の責任において病名を知りたい
2) 家族などの意向に従ってほしい
3) そのほか

(　　)

4．そのほか説明等に関してご希望があればお書きください。

(　　)

補助診療録として 必要
※現在作成中。
『入院された患者さんへ』0-P-0201-0140

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.38

W-6 呼内 文書タイトルなし
内服薬チェック表と同様のもの？
0-P-0610-0008

管理No. _____ 様

担当看護師 _____

患者ID _____

包	数	薬剤名	用法・用量 起	朝	昼	夕	寝	その他	備考	定期
	✓1	ミカルディス錠40mg		2				食後		
	✓2	ナトリックス錠1mg		1				食後		
	✓3	ビタメジン配合カプセルB25		1	1	1		食後	～9/30	
	✓4	ランソプラゾールOD錠15mg				1		食後	～9/29	
	5	タゴリッド錠40mg							9/23～9/29 別指示書参照	次回 ～
	6	デカドロン							9/25～9/29 別指示書参照	
	7									
	8									
	9									
	10									
	11									
	12									
	13									
	14									
	15									
	16									
	17									
	18									
	19	セラレン点眼液0.1% 5ml							9/26 1本	
	20	ルネスタ							(PC)	

補助診療録として 不要
退院時に病棟にて破棄
※様式統一のため、使用するのであれば「持参薬報告書・投薬指示書」(0401-0082)を使用していただく。

W-6 呼内 0-P-0610-0008

内服確認表

患者名(　　)
担当看護師(　　)

【確認方法】
① 内服薬自己管理基準Ⅱ・Ⅲに該当する場合
・2日間内服確認実施者が該当の欄にサインをする。
・3日目の日勤看護師が再アセスメントし、該当する内服管理方法に○印をつける。
② 内服薬自己管理基準Ⅰに該当する場合
・週1回残薬確認の欄に○印をつけ、下記の残薬確認実施表を使用する(毎週金曜日)

2日間内服アセスメント		朝	昼	夕	眠前
入院日 (9/11)	○×サイン				
2日目 (9/12)	○×サイン		○	○	
		川口	和田	秋山	
3日目 (9/13)	○×サイン	○	日勤帯:再アセスメント		
		上野	サイン	豊川	

○	週1回残薬確認 ※確認曜日:金曜日
○	一部のみ確認 ※確認する薬剤: ロバルッツ ネロドン
	分薬セット確認 ※昼～翌日朝分を日勤帯で
	全ての外包確認
	看護師管理

薬剤一覧表を患者に配布	日付	サイン

内服管理アセスメントに基づき、【分薬確認】又は【残数確認】については担当が用紙を患者に配布して説明を実施する。	日付	サイン

残数確認表　毎週金曜日				
日付	誤薬		備考	サイン
9/15	あり	なし		上野
9/22	あり	なし		川口
9/29 ENT	あり	なし		
	あり	なし		
	あり	なし		
	あり	なし		
	あり	なし		
	あり	なし		
	あり	なし		
	あり	なし		

補助診療録として 不要
退院時に病棟にて破棄
※様式統一のため、使用するのであれば「持参薬報告書・投薬指示書」(0401-0082)を使用していただく。

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 No.40

薬剤一覧表

W-感染 呼内
文書番号なし

管理 （ 本人 ・ 詰所 ）　　看護師（　　）

＿＿様　　医師 （　　）

2017/8/22

包	数	薬剤名	錠剤刻印	用法・用量 起	朝	昼	夕	寝	その他	備考	～日数	医師印
	1	ロゼックスゲル0．75%（50g）		1日1回						首	1本	
	2											
	3											
	4											
	5											
	6											
	7											
	8											
	9											
	10											
	11											
	12											
	13											
	14											
	15											
	16											
	17											
	18											
	19											
	20											

補助診療録として 必要
※ただしH30.12,31までとし、
『持参薬報告書・投薬指示書』
0-P-0401-0082の様式に統一してください。
H31.1.1からは磁気化となるため、
紙の指示書はなくなります。

スキャン済

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.41

W-6 0件
0-S-0611-0066
カンファレンスシートと
同様のもの？

リアルカンファレンス
対象患者
問題提起者
開催日　H29. 9. 6(水)
参加者　井上、黒川、塩井、吉川、平岡、秋山
和田、阪本、上田

対策
① 抜針の必要性を判断し、
患者さんの訴えに応じて
スタッフ間で相談し
対応する。
（痛みの訴えが強い場合は
本人の訴えをきいて抜針する）

状態
・動かありしんどかった、
発熱時はいうだけが強く、
・援助を要する状態だった
・長期入院、ストレスがある

問題点
① 21時の抗精神時にライン確保したが、0時に針外すため
抜いてほしいと訴えがあった。0時に再留置の必要性があることを
説明し了承を得て抜針した。
② 発熱時の対応について
（アイスノンや着替えの声かけをしているが、してくれないと訴えがあった）

対策
① 日中間注射で
ルートキープが困難な場合は
契約書にて本人了承する方法も
検討する。
時間をずらす等の配慮をする

対策
① 接遇やマナーに注意して
丁寧な言葉づかい、対応を
する。

対策
② 患者さんの状態やADLをみて
援助の必要性をアセスメントして
必要な対応をする。

補助診療録として不要
退院時病棟にて破棄

話し合って次回評価はなしです

評価
継続（次回評価日　月　日）
解決

W-6 呼内
文書番号なし

W-6 夜間緊急入院問診票

（2穴開け、患者指示書綴りに看護基本情報入力作成完了まで綴る）

患者氏名　　29年 9月 11日　入院　記載 Ns

■移送レベル○印（　独歩　護送　担送　）

■ADL レベル

レベル1：全面介助　2：部分介助　3：見守り　4：器具使用で自立　5：自立

食事（ 5 ）排泄（　）清潔（　）移動（ 5 ）

■ 既往歴や治療や手術、現在使用中の薬の有無。

高血圧（ 無 ・ 有 ・不明 ）有の時、薬（ 無 ・ 有　　）

心臓疾患（ 無 ・ 有 ・不明 ）有の時、病名（　　）

ペースメーカー（ 無 ・ 有 ・不明 ）

糖尿病（ 無 ・ 有 ・ 不明 ）有の時、薬・注射薬（ 無 ・ 有　　）

脳卒中（ 無 ・ 有 ・不明 ）有の時、病名は（ 脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 ）

血液抗凝固剤（ 無 ・ 有 ・ 不明 ）有の時、薬名（　　）

肺・呼吸疾患（ 無 ・ 有 ・不明 ）有の時、病名（　　）

喘息（ 無 ・ 有 ・不明 ）有の時、薬（ 無 ・ 有　　）

結核（ 無 ・ 有 ・不明 ）

腎臓疾患（ 無 ・ 有 ・不明 ）有の時、病名（ 造影剤ダメ　　）

透析（ 無 ・ 有 ）

癌（ 無 ・ 有 ・不明 ）有の方、病名（　　）

疼痛（ 無 ・ 有 ）有の方、部位（　　）麻薬使用（ 無 ・有 ）

アレルギー（ 無 ・有 ・不明 ）有の方、アレルギーの原因（　　）

上記以外で受けた診断・治療・手術（ 無 ・有 ）有の時、下にその内容記載。

造影剤ダメ、ぴわダメ

■ヘルスプロモーション

飲酒（ 無 ・ 有　　本／日　・不明 ）

喫煙（ 無 ・ 有　　種類と量　　・不明 ）

■その他

認知レベル　見当識障害（ 無 ・ 有 ・不明　　）

信仰等により受けられない治療（ 無 ・有　　・不明 ）

転倒の既往（ 無 ・ 有 ・不明 ）

褥瘡予防対策の必要性（ 無 ・ 有 ）

その他

補助診療録として 不要
退院時病棟にて破棄

■電話連絡先

（続柄　　）電話番号

電話番号

（続柄　　）電話番号

電話番号

化学療法（タグリッソ　Osimertinib）看護師チェック表

＿＿＿＿＿＿様　西病棟6階　2016. 11作成

	開始まで	当日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	退院
月日	/	9/23	/24	/25	/26	/27	/28	/29	/	/	/	/	/	/	/
食事	□食種確認	□食欲低下時食事調整													
検査	□必要な検査の確認	□検査結果の確認						□検査結果の確認							
内服	□1日1回1錠内服と説明	□内服確認	☑内服確認	☑内服確認	☑内服確認	☑内服確認	☑内服確認	□内服確認	□内服確認	□内服確認	□内服確認	□内服確認	□内服確認	□内服確認	□内服確認
清潔	□清潔面でのアセスメント　実施し、必要時計画立案	□シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭
副作用	皮疹・掻痒感・蕁麻疹	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無
	口内炎	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無
	爪周囲炎								□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無
	下痢	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	□有☑無	□有□無	□有☑無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無
	骨髄抑制	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	□有☑無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無
	動悸・眩暈・失神	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	□有☑無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無
	発熱	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	□有☑無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無
	咳	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	□有☑無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無
	呼吸困難	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	□有☑無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無
説明									☑タグリッソ自己管理方法について説明						□退院される患者様へ(別紙)を用いて退院指導
実施サイン		阪	松	松	山崎	増井	馬田	増井							

補助診療録として不要
退院時病棟にて破棄

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1_NO.43

W-6
ロタウ
文書番号

化学療法（カルボプラチン　CBDCA）看護師チェック表

西病棟6階　2017．1修正

	開始まで	当日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	14日目	退院
月日	8/28	8/28	8/29	8/30	8/31	9/1	9/2	9/3	9/4	9/10	/
食事	□食種の確認	□食欲低下時食事調整									
検査	□必要な検査の確認	☑検査結果の確認									
点滴スケジュール	□点滴スケジュールの確認 □薬剤の確認										
清潔	□清潔面でのアセスメント実施し、必要時計画立案	☑点滴開始前に清拭もしくはシャワー浴実施	☑シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	
副作用	アレルギー反応（発赤・掻痒感・蕁麻	□有☑無									
	血管外漏出・静脈炎	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑					
	悪心・嘔吐	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	
	食欲不振	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑	□有☑無	☑有□無	☑有□無	□有□無	
	倦怠感	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	☑有□	☑有□無	☑有□無	☑有□無	□有□無	
	腎障害		□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	
	肝障害		□有☑無	□有☑無	□有☑無	☑有□	☑有□無	☑有□無	□有☑無	□有□無	
	便秘・下痢	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑	□有☑無	☑有□無	☑有□無	□有□無	
	骨髄抑制							□有☑無	□有☑無	□有□無	
	発熱	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	
説明	□スケジュールと副作用の説明	□点滴部位異常時、気分不良時ナースコール □点滴刺入部の安静 □□腔内の清潔	☑□腔内の清潔	☑□腔内の清潔	☑□腔内の清潔	☑□腔内の清潔	☑□腔内の清潔	☑□腔内の清潔	□易感染期には感染予防行動の指導 □血小板低下時の対応指導		□外来化学療法室見学（9/10） □退院される患者様へ（別紙）を用いて退院指導
感染予防行動指導							りん	りん			
実施サイン							L	L			

補助診療録として不要
退院時病棟にて破棄

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.44

W－6 呼内 文書添なし

※プラトシン＋ナベルビン（0-S-0604-0006）あり
カルボプラチン＋アバタ（0-S-0604-0007）

化学療法（パクリタキセル・タキソール　PAC・PTX）看護師チェック表

西病棟6階　2017．1修正

	開始まで	当日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	14日目	退院
	8/28	8/28	8/29	8/30	8/31	9/1	9/2	9/3	9/4	9/10	/
食事	□食種の確認	□食欲低下時食事調整									
検査	☑必要な検査の確認	☑検査結果の確認							□検査結果の確認		
点滴スケジュール	☑点滴スケジュールの確認 ☑薬剤の確認 ☑患者への説明										
	☑PVCフリーフィルター付点滴セット準備	☑PVCフリーフィルター付点滴セット使用									
内服	☑レスタミンコーワ錠処方確認	☑主治医の指示に従いレスタミンコーワ錠内服（タキソール投与30分前）									
心電図	☑心電図の準備・チェック	☑タキソール投与時心電図装着 ☑バイタル測定時間間隔確認、実施									
清潔	☑清潔面でのアセスメント実施し、必要時計画立案	☑点滴開始前に清拭もしくはシャワー浴実施	☑シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	
観察	血管外漏出・静脈炎	□有☑無	□有☑無	□有☑無							
	アレルギー反応（発赤・掻痒感・蕁麻疹）	□有☑無	□有☑無	□有☑無							
	筋肉痛・関節痛		□有☑無	□有☑無	□有☑無	☑有□無	☑有□無	☑有□無			
	痺れ			□有☑無	□有□無	☑有□無	☑有□無	☑有□無	□有☑無	□有□無	
	嘔気		□有☑無	□有☑無	□有□無	□有☑無	□有☑無	□有☑無			
	骨髄抑制								□有☑無	□有□無	
	脱毛									□有□無	
説明	☑スケジュールと副作用の説明 ☑アルコール過敏確認	☑点滴部位異常時、気分不良時ナースコール ☑点滴刺入部の安静 ☑口腔内の清潔 ☑水分摂取励行	☑□腔内の清潔	□□腔内の清潔	☑□腔内の清潔	☑□腔内の清潔	☑□腔内の清潔				□外来化学療法室見学 (9/3 OK) □退院される患者様へを用いて退院指導
感染予防行動指導							ㄣ	ㄣ			
実施サイン											

補助診療録として不要
退院時病棟にて破棄

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.45

W－6 口外内 文書番号なし

※ プラトゥナベルビン（0-S-0604-0006）
カルボプラチン＋アバスタ（0-S-0604-0007）あり

化学療法（ゲムシタビン　GEM）看護師チェック表　　様　　西病棟6階　2017．1修正

	開始まで	当日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目	15日目	16日目～	退院
月日	/	9/19	9/20	121	122	123	124	/	126	/	/	/	/	/	/	/	/ ～	/
食事	□食種の確認	□食欲低下時食事調整																
検査	□必要な検査の確認	□検査結果の確認							□検査結果の確認							□検査結果の確認		
点滴スケジュール	□点滴スケジュールの確認 □薬剤の確認	㊢						□点滴スケジュールの確認 □薬剤の確認							□点滴スケジュールの確認 □薬剤の確認			
清潔	□清潔面でのアセスメント実施し、必要時計画立案	□点滴開始前に清拭もしくはシャワー浴実施	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	□点滴開始前に清拭もしくはシャワー浴実施	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	□点滴開始前に清拭もしくはシャワー浴実施	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭
副作用	アレルギー反応（発赤・掻痒感・蕁麻疹）	□有 □無							□有 □無							□有□無		
	血管外漏出・静脈炎	□有 □無	□有□無	□有□無					□有 □無	□有□無	□有□無					□有□無	□有□無	
	下痢・便秘	□有 □無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有 □無	□有 □無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有 □無	□有□無	□有□無	
	発熱	□有 □無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有 □無	□有 □無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有 □無	□有□無	□有□無	
	吐き気・嘔吐	□有 □無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有 □無	□有 □無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有 □無	□有□無	□有□無	
	食欲不振	□有 □無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有 □無	□有 □無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有 □無	□有□無	□有□無	
	骨髄抑制						Hb8.9		□有 □無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有 □無	□有□無	□有□無	
	肺障害					□有□無	□有□無	□有□無	□有 □無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有 □無	□有□無	□有□無	
説明	□スケジュールと副作用の説明	□点滴部位異常時、気分不良時ナースコール □点滴刺入部の安静 □水分摂取励行 □口腔内の清潔	□口腔内の清潔	□口腔内の清潔	□口腔内の清潔	□口腔内の清潔	□口腔内の清潔	□口腔内の清潔	□点滴部位異常時、気分不良時ナースコール □点滴刺入部の安静 □水分摂取励行 □口腔内の清潔	□口腔内の清潔	□口腔内の清潔	□口腔内の清潔	□口腔内の清潔	□口腔内の清潔	□口腔内の清潔	□点滴部位異常時、気分不良時ナースコール □点滴刺入部の安静 □水分摂取励行 □口腔内の清潔	□口腔内の清潔	□外来化学療法室の見学（　/　） □退院される患者様へ(別紙)を用いて退院指導
感染予防行動指導		島田	井上	村上	黒川	村上	七田		大栗									
実施サイン		島田		村上	黒川	村上	七田		大栗									

入院紙カルテ磁気化プロジェ外調査1 NO.46

補助診療録として 不要
退院時病棟にて破棄

W-6
口半内
文書番号なし

化学療法（カルセド　AMR）看護師チェック表　　様　　病棟6階　2016. 12　修正

	開始まで	当日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	14日目	退院
月日	9/10	9/11	12	13	14	15	16	17	18	24	/
食事	☑食種の確認	□食欲低下時食事調整									
検査	☑必要な検査の確認	☑検査結果の確認							☑検査結果の確認		
点滴スケジュール	□点滴スケジュールの確認 □薬剤の確認	左				予防 ☑フィルグラスチム注射確認	□フィルグラスチム注射確認 指示なし	□フィルグラスチム注射確認	□フィルグラスチム注射確認		
清潔	☑清潔面でのアセスメント　実施し、必要時計画立案	☑点滴開始前に清拭もしくはシャワー浴実施	☑点滴開始前に清拭もしくはシャワー浴実施	☑点滴開始前に清拭もしくはシャワー浴実施	☑シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	
副作用	アレルギー反応 （発赤・掻痒感・蕁麻疹）	□有☑無	□有☑無	□有☑無							
	血管外漏出・静脈炎	□有☑無	□有☑無	□有☑無							
	肝・腎障害	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	☑有□無	□有☑無	□有□無
	吐き気・食欲不振	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	☑有□無	☑有□無	□有□無
	発熱	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無
	下痢		□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無
	全身倦怠感		□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	□有☑無	□有☑無	☑有□無	□有□無
	口内炎							□有☑無	□有☑無	□有□無	□有□無
	骨髄抑制							□有☑無	□有☑無	☑有□無	□有□無
	脱毛									入院時にはすでに	□有□無
	心毒性（浮腫、動悸）										□有□無
	咳、息苦しさ、発熱（間質性肺炎）										□有□無
説明	□スケジュールと副作用の説明	☑点滴部位異常時、気分不良時ナースコール ☑点滴刺入部の安静 ☑□腔内の清潔 □水分摂取励行	☑点滴部位異常時、気分不良時ナースコール ☑点滴刺入部の安静 ☑□腔内の清潔 □水分摂取励行	☑点滴部位異常時、気分不良時ナースコール ☑点滴刺入部の安静 ☑□腔内の清潔 □水分摂取励行	☑□腔内の清潔	□フィルグラスチム実施時は説明 ☑□腔内の清潔	□フィルグラスチム実施時は説明 ☑□腔内の清潔	□フィルグラスチム実施時は説明 □□腔内の清潔	□フィルグラスチム実施時は説明 ☑□腔内の清潔	□外来化学療法室見学 （　/　） □退院される患者様へ（別紙）を用いて退院指導	
感染予防行動指導		七曲	七曲	秋山	寺川	予防	北村	三原	予防		
実施サイン		七曲	七曲	秋山	寺川	予防	北村	三原	予防		

補助診療録として不要
退院時病棟にて破棄

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.47

W-6
4年内
文書保存なし

~9/20朝でのみより終了

化学療法（TS－1）看護師チェック表

様　西病棟6階　2013．1作成

	開始まで	当日（1日目）	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	14日目	退院
	8/29	8/30	13/	9/1/	12	13	14	15	16	1/2	1
食事	☑食種の確認	9～	☐食欲低下時食事調整								
検査	☑必要な検査の確認	☑検査結果の確認							☐検査結果の確認		
内服スケジュール		TS－1：2回／日（朝・夕）内服									
清潔	☑清潔面でのアセスメント実施し、必要時計画立案	☑シャワー浴 ☑清拭	☐シャワー浴 ☐清拭	☐シャワー浴 ☐清拭	☑シャワー浴 ☐清拭	☑シャワー浴 ☐清拭	☐シャワー浴 ☐清拭	☑シャワー浴 ☐清拭	☑シャワー浴 ☐清拭	☐シャワー浴 ☐清拭	
副作用	嘔気・食欲不振・倦怠感	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☐無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☐無	
	下痢・便秘	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☐無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☐無	
	☐内炎							☐有☑無	☐有☑無	☐有☐無	
	発疹							☐有☑無	☐有☑無	☐有☐無	
	骨髄抑制							☐有☑無	☐有☑無	☐有☐無	
	肝・腎障害		☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☐無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☐無	
	涙が出る									☐有☐無	
説明	☑スケジュールと副作用の説明	~~☐点滴部位異常時、気分不良時ナースコール~~ ~~☐点滴刺入部の安静~~ ☑☐腔内の清潔	☑☐腔内の清潔	☑☐腔内の清潔	☑☐腔内の清潔	☑☐腔内の清潔	☐☐腔内の清潔	☑☐腔内の清潔	☑易感染期には感染予防行動の指導 ☑マスク着用・手洗い・うがい指導	☐☐腔内の清潔	☐退院される患者様へを用いて退院指導
感染予防行動指導			和田	吉川	#e ↓	和田		吉柳	阪本		
実施サイン			和田	吉川		和田		吉柳	阪本		

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.48

W－6 ロケ内 文書参与なし

補助診療録として 不要
退院時病棟にて破棄

化学療法（シスプラチン・プラトシン　CDDP）看護師チェック表

[redacted]　様　西病棟6階　2017．1修正

	開始まで	当日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	14日目	退院
月日	8/29	9/6	/7	/8	/9	/10	/11	/12	/13	9/19	/
食事	□食種の確認	□食欲低下時食事調整									
検査	☑必要な検査の確認	□検査結果の確認									
点滴スケジュール	□点滴スケジュールの確認 □薬剤の確認										
蓄尿	□蓄尿確認 □尿測器設定、説明	□尿量確認 ☑利尿剤確	□尿量確認 □利尿剤確認	□尿量確認 □利尿剤確							
清潔	□清潔面でのアセスメント　実施し、必要時計画立案	□点滴開始前に清拭もしくはシャワー浴実施	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	
副作用	アレルギー反応（発赤・掻痒感・蕁麻疹）	□有☑無									
	血管外漏出・静脈炎	□有☑無	□有□無	□有□無							
	悪心・嘔吐	□有☑無	□有□無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	□有□無
	食欲不振	□有☑無	□有□無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	□有□無
	倦怠感	□有☑無	□有□無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	□有□無
	腎障害	□有☑無	□有□無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	□有□無
	発熱	□有☑無	□有□無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	□有□無
	便秘	□有☑無	□有□無	☑有□無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	□有□無
	吃逆	□有☑無	□有□無	☑有□無	☑有□無	☑有□無	☑有□無	☑有□無	□有☑無	□有□無	□有□無
	骨髄抑制							□有☑無	□有☑無	□有□無	□有□無
	脱毛										□有□無
	難聴・耳鳴り	□有☑無	□有□無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	□有□無
説明	☑スケジュールと副作用の説明	☑点滴部位異常時、気分不良時ナースコール ☑点滴刺入部の安静 ☑水分摂取励行 ☑口腔内の清潔	□水分摂取励行 □口腔内の清潔	☑水分摂取励行 ☑口腔内の清潔	☑口腔内の清潔	☑口腔内の清潔	☑口腔内の清潔	☑口腔内の清潔	□口腔内の清潔	□口腔内の清潔	□外来化学療法室見学 （　/　） □退院される患者様へ（別紙）を用いて退院指導
感染予防行動指導											
実施サイン											

補助診療録として 不要
退院時病棟にて破棄

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.49

W-6 ロ4内
文書番号なし

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.50

補助診療録として不要
退院時病棟にて破棄

W-6 0年(内
文書番号なし

化学療法（オプジーボ　Nivolumab）看護師チェック表　　様　西病棟6階　2016.12作成

	開始まで	当日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	14日目	退院
月日	8/3	8/31	9/1	9/2	9/3	9/4	9/5	9/6	9/7	9/13	9/
食事	☑食種の確認	☐食欲低下時食事調整									
検査	☐必要な検査の確認	☑検査結果の確認							☐検査結果の確認		
点滴スケジュール	☑点滴スケジュールの確認 ☑薬剤の確認										
清潔	☑清潔面でのアセスメント　実施し、必要時計画立案	☑点滴開始前に清拭もしくはシャワー浴実施	☑シャワー浴 ☐清拭	☑シャワー浴 ☐清拭	☑シャワー浴 ☐清拭	☑シャワー浴 ☐清拭	☑シャワー浴 ☐清拭	☑シャワー浴 ☐清拭	☑シャワー浴 ☐清拭	☑シャワー浴 ☐清拭	☐シャワー浴 ☐清拭	
副作用	アレルギー反応（発赤・掻痒感・蕁麻疹）	☐有☑無										
	血管外漏出・静脈炎	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無								
	発熱	☑有☐無	☑有☐無	☑有☐無	☑有☐無	☑有☐無	☑有☐無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☐無	☐有☐無	
	咳、呼吸苦	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☑有☐無	☐有☐無	☐有☐無	
	食欲不振	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☐無	☐有☐無	
	倦怠感	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☑有☐無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☐無	☐有☐無	
	発疹	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☐無	☐有☐無	
	下痢	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☑無	☐有☐無	☐有☐無	
説明	☑スケジュールと　副作用の説明	☑点滴部位異常時、気分不良時ナースコール ☑点滴刺入部の安静 ☑口腔内の清潔	☑口腔内の清潔	☑口腔内の清潔	☑口腔内の清潔	☑口腔内の清潔	☑口腔内の清潔	☑口腔内の清潔	☑口腔内の清潔	☐口腔内の清潔	☐外来化学療法室見学（　/　） ☐退院される患者様へ（別紙）を用いて退院指導
感染予防行動指導実施サイン	レ	レ	増井	レ	レ		宮内	和田	松本	藤本	
	レ	↓	増井	レ	レ		看護	和田	松本	藤本	

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.51

補助診療録として不要
退院時病棟にて破棄

化学療法（ナベルビン・ロゼウス　VNR）看護師チェック表

[redacted]様

西病棟6階　2017．1修正

	開始まで	当日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	退院日
月日	/	8/16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	/
食事	□食種の確認	□食欲低下時食事調整													
検査	□必要な検査の確認	□検査結果の確認							□検査結果の確認						
点滴スケジュール	□点滴スケジュールの確認 □薬剤の確認							□点滴スケジュールの確認 □薬剤の確認							
清潔	□清潔面でのアセスメント　実施し、必要時計画立案	□点滴開始前に清拭もしくはシャワー浴実施	☑シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	☑点滴開始前に清拭もしくはシャワー浴実施	☑シャワー浴 □清拭	☑シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	□シャワー浴 □清拭	
副作用	アレルギー反応（発赤・掻痒感・蕁麻疹）	□有☑無							□有□無						
	血管外漏出・静脈炎	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無		□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	
	便秘	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	☑有□無	□有 □無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	
	発熱	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	☑有□無	□有 □無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	
	吐き気・嘔吐,食欲	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	☑有□無	□有□無	□有☑無	□有☑無	□有□無	☑有□無	□有☑無	□有□無	
	倦怠感	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	☑有□無	□有□無	□有□無	□有☑無	□有□無	☑有□無	□有☑無	□有□無	
	骨髄抑制								□有☑無	☑有□無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	
	肝障害			□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有☑無	□有□無	
説明	□スケジュールと副作用の説明	☑点滴部位異常時、気分不良時ナースコール ☑点滴刺入部の安静 ☑口腔内の清潔 □水分摂取励行	☑口腔内の清潔	☑口腔内の清潔	☑口腔内の清潔	□口腔内の清潔	☑口腔内の清潔	□口腔内の清潔	☑点滴部位異常時、気分不良時ナースコール ☑点滴刺入部の安静 ☑口腔内の清潔 ☑水分摂取励行	☑口腔内の清潔	☑口腔内の清潔	☑口腔内の清潔	☑口腔内の清潔	□口腔内の清潔	□外来化学療法室見学（　/　） □退院される患者様へ(別紙)を用いて退院指導
感染予防行動指導		杉原	阪本	勝木	若柳	与川	杉原		増井	阪本	若柳	杉原	林田		
実施サイン			阪本	勝木	若柳	与川	杉原		増井	阪本	若柳	杉原	↓		

E-6 0年内
文書番号なし

W-6 呼内 文書番号なし

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.52

9月 患者氏名(

	体重	尿測	採血	レントゲン	CT	超音波検査	処方	ケア	コンサ						当日検査一覧確認	備考
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11			○		腹部 ○											
12			○	○												
13																
14			○													
15																
16																
17																
18			○												✓	
19																
20																
21									○							
22						腹部 ○										腹部エコー 朝食と一緒に飲み薬 〈すり潰すのは！
23																
24																
25																
26																
27			○													
28																
29			○													
30																
31																

日勤帯、ペア間で患者状態について情報共有をすること!! 実施終了した項目は×をつける。
指示確認は16時から開始し、決定事項を上記へ転記する。変更があった場合は、ケア一覧を修正する。

補助診療録として 不要、退院後は病棟にて破棄

2017年9月8日作成

ストレン済

意思決定支援介入チェックシート

W-6 呼内
文書番号なし

氏名　　様　　日付：9/14　作成者：

◎入院時、項目(1～5)に沿ってチェックし、目標の設定をする(気管支鏡検査の患者は除く)。
目標の設定までが出来ないときは、受け持ち看護師が実施する。退院時には必ず評価を実施する。

キーパーソン(あり・なし)

1．初回治療導入である(肺がんおよび他疾患も含む)　→　☑いいえ　→　チェック①へ
↓
□はい
↓
2．入院目的、今後の方針が決定している　→　□いいえ　→今後の方針が決定すれば再度チェックを行う
再評価要の項目にチェックし、再評価を実施する
↓　　□再評価　要（　/　）
□はい
↓
医師からの説明など IC の内容の理解度を確認する　→　□理解できていない　→医師へ報告し、
3 日後、再評価する
↓　　□再評価（　/　）
□理解できている
↓
4．意思決定時、支援が必要である　→　□いいえ　→チェック①へ
↓
□はい
↓
5．チェック①

◎該当する項目をチェックする（適宜、生活のしやすさの質問表　フロー図を参考にする）

□リアルカンファレンス開催が必要
☑身体症状へのケア(疼痛など)
□精神的サポートへのケア
□経済的な問題、医療的制度の相談
□在宅サービス、介護保険の相談
☑薬剤情報の提供(薬剤師による)
□上記以外(　　)

補助診療録として 不要
退院後は病棟にて破棄

看護計画にて介入する(目標の設定)

◎患者、家族と相談し、短期目標を立案する
□肺がん患者は「意思決定葛藤」を立案する（サイン：　　）
□上記以外の患者は、計画内に必要な項目を追加する（サイン：　　）

目標　神経症状の変化すると、身の回りのことを自分でができる。

退院時評価　☑解決　□継続　□中止　（評価者サイン：　9/20）

◎退院時、クラークにスキャン依頼し、原本はカルテに保管する

W-感染 呼内

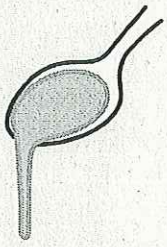
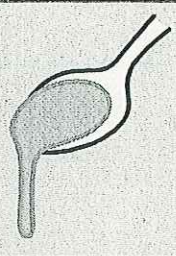
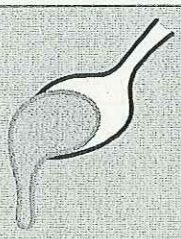
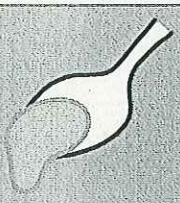
とろみ調整

補助診療録として 不要
退院後病棟にて破棄

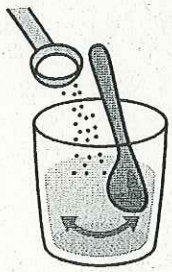


とろみ剤とは、食べ物や飲み物に加えまぜるだけで、
適度なとろみをつけることできる粉末状の食品です。
とろみをつけるだけではなく、ゼリー状に固めることのできる
タイプのものもあります。
食品の温度に関係なく、とろみをつけることができます。

とろみの目安の表示例

とろみの強さ	＋＋＋＋	＋＋＋＋	＋＋＋＋	＋＋＋＋
とろみのイメージ	フレンチドレッシング状	とんかつソース状	ケチャップ状	マヨネーズ状
イメージ図				
使用量の目安 水・お茶 100mlあたり	1g	2g		3g

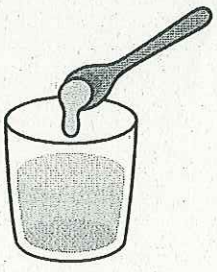
とろみ剤の使い方

① 

飲み物をすくい上げるようにスプーンで前後にかき混ぜながらとろみ剤を加えてください。

② 

数分おきます。ダマはスプーンで取り除いてください。

③ 

とろみの状態を確認します。

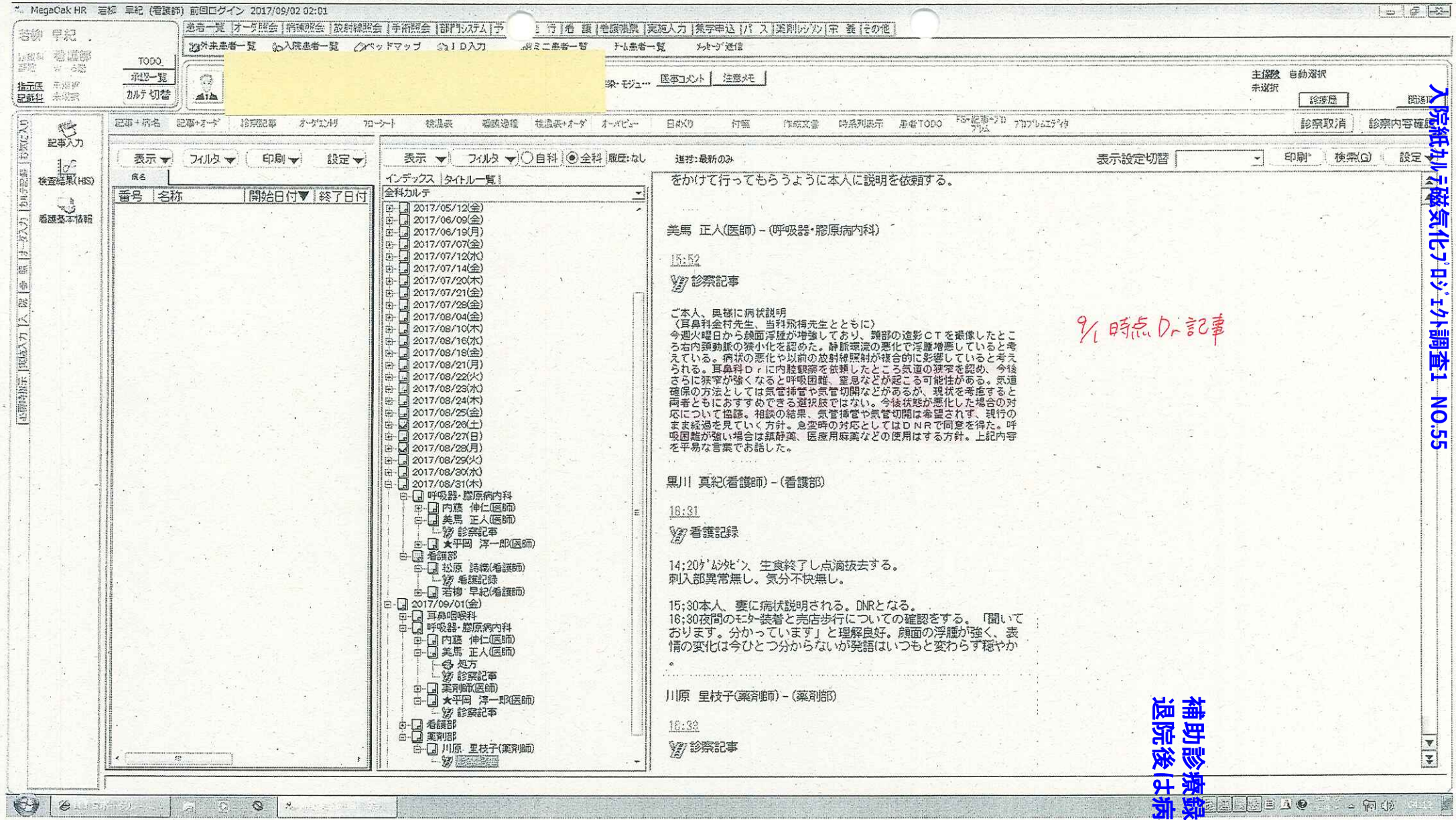
④ 

最後まであごを上げずに飲める容器を選びましょう。

※飲み込みの程度や状態は人それぞれです。医療機関の専門家にご相談ください。

Copyright © はじめよう！やってみよう！口腔ケア All rights reserved.

2017/09/02 04:12:40 Computer:VTU00589 User:75803546



をかけて行ってもらうように本人に説明を依頼する。

美馬 正人(医師) - (呼吸器・膠原病内科)

15:52

診察記事

ご本人、奥様に病状説明
〈耳鼻科金村先生、当科飛梅先生とともに〉
今週火曜日から顔面浮腫が増強しており、頸部の造影ＣＴを撮像したところ右内頸動脈の狭小化を認めた。静脈環流の悪化で浮腫増悪していると考えている。病状の悪化や以前の放射線照射が複合的に影響していると考えられる。耳鼻科Ｄｒに内腔観察を依頼したところ気道の狭窄を認め、今後さらに狭窄が強くなると呼吸困難、窒息などが起こる可能性がある。気道確保の方法としては気管挿管や気管切開などがあるが、現状を考慮すると両者ともにおすすめできる選択肢ではない。今後状態が悪化した場合の対応について協議。相談の結果、気管挿管や気管切開は希望されず、現行のまま経過を見ていく方針。急変時の対応としてはＤＮＲで同意を得た。呼吸困難が強い場合は鎮静薬、医療用麻薬などの使用はする方針。上記内容を平易な言葉でお話した。

9/1 時点Dr記事

黒川 真紀(看護師) - (看護部)

16:31

看護記録

14;20ｹﾞﾑｼｼﾋﾞﾝ、生食終了し点滴抜去する。
刺入部異常無し。気分不快無し。

15;30本人、妻に病状説明される。DNRとなる。
16;30夜間のモニター装着と売店歩行についての確認をする。「聞いております。分かっています」と理解良好。顔面の浮腫が強く、表情の変化は今ひとつ分からないが発語はいつもと変わらず穏やか。

川原 里枝子(薬剤師) - (薬剤部)

16:32

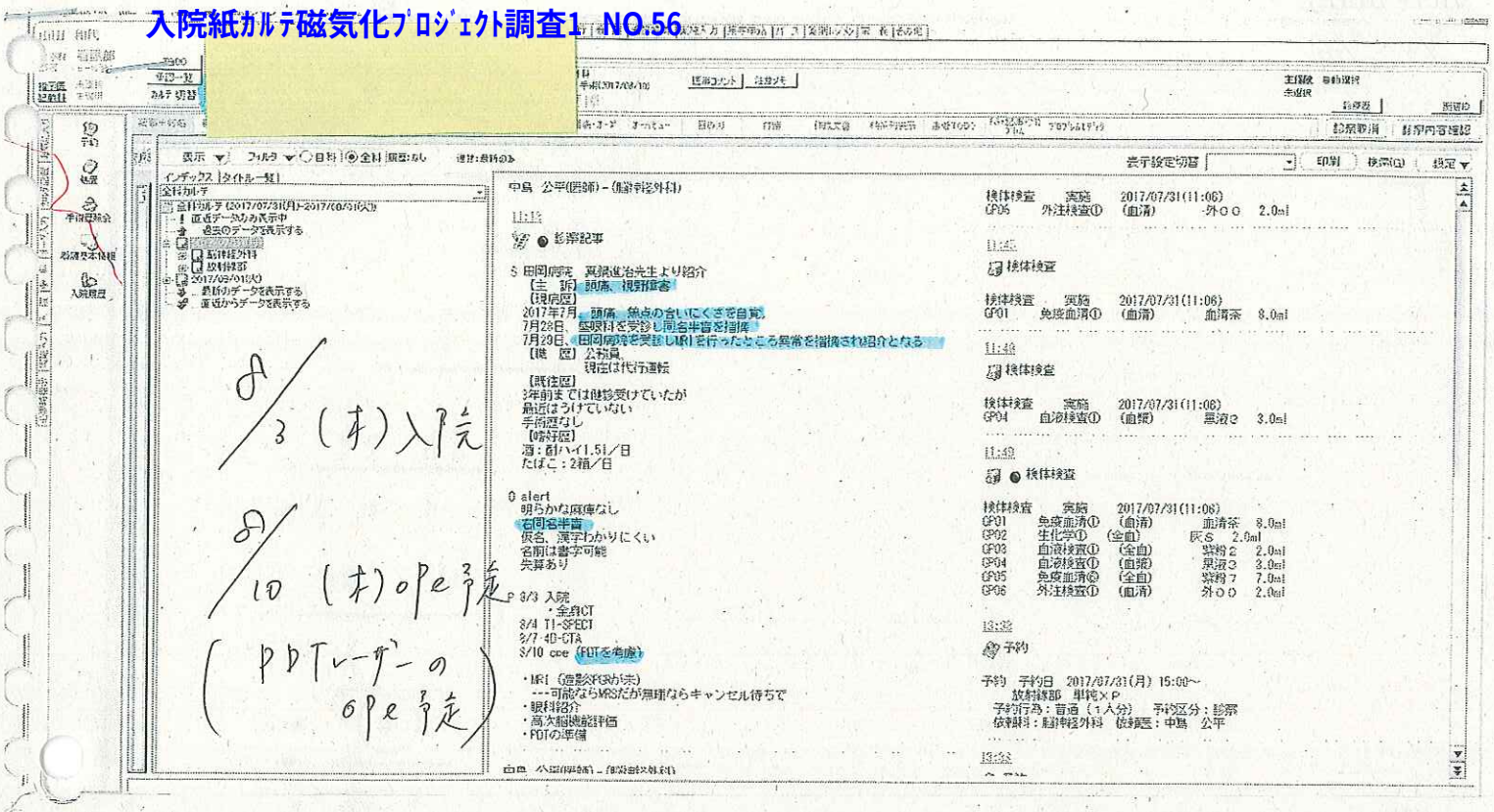
診察記事

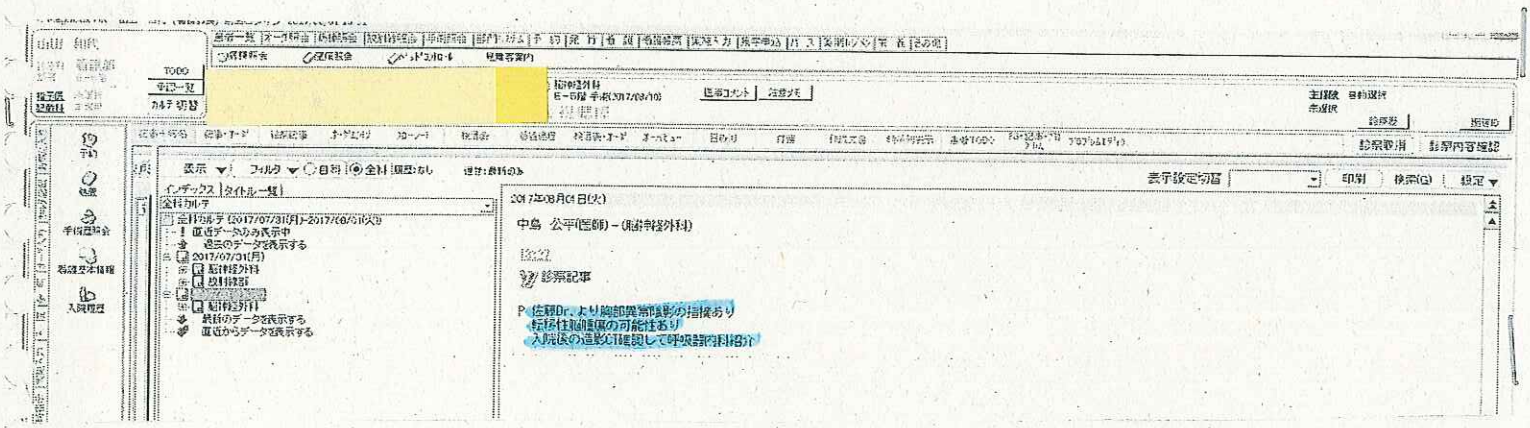
入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.55

補助診療録として 不要
退院後は病棟にて破棄

W-感染 ロタ内
文書番号なし

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.56





W-6 呼内

文書番号なし

補助診療録として 不要
退院後は病棟にて破棄

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.57

9/20 キャリーろくタイプ届いてますが、ぶらつきもあり押すタイプのキャリーを持ってきてもらうよう帝人さんに連絡しています。どちらがよいか本人と相談して決めて下さい（E-引にタイプにたずねました。）

在宅酸素療法導入チェックリスト (2013/2/15 修正版)

患者氏名(　　)　酸素量：安静時(　/　)L　労作時(　/　)L

業者(帝人)　※ENT決定したら連絡して下さい（2日後)

導入決定日【9/20】

明日(帝人)

□機器別ＤＶＤ視聴
- (　)ふくだ電子：在宅酸素療法　機器別操作編
  安心とこころの健康　在宅酸素療法　導入編
- (√)帝人：今日からはじめる自己管理
- (　)高松帝酸：在宅酸素療法で快適に　HOT入門

□業者による直接説明

□『在宅酸素療法理解度チェックリスト』で不明な点を抽出し、説明する

□療養日誌記載方法・必要性を説明

導入翌日【9/21】

補助診療録として 不要
病棟にて破棄

□機器別ＤＶＤ再学習

□業者の説明でわかりにくかったところはないか確認し、必要時業者に再説明を依頼
不明な点[　　]

退院前【　/　】

□『在宅酸素療法理解度チェックリスト』で不明な点を最終確認

退院前日【　/　】

□『在宅酸素療法指導管理料』算定

W-6 呼内
文書番号なし
(2枚中、1枚目)

スキャン済

(　　)様

外来化学療法へ移行される方へ

外来化学療法室との連携をはかるため使用させて頂きますので、記入をお願いします。記入が難しい方は看護師へお知らせください。

◎今回の入院中・治療中にみられたあなたの副作用を教えてください。

悪心 ・ 嘔吐 ・ 便秘(ときどき) ・ 下痢 ・ 倦怠感

口内炎 ・ 味覚障害 ・ 食欲不振(すこし) ・ 末梢神経障害(しびれ)

皮膚障害 ・ 脱毛 ・ その他(　　)



◎外来への通院方法を教えてください。　所要時間(1時間)

自家用車 ・ タクシー ・ バス ・ 汽車

その他(　　)

◎緊急時連絡先を教えて下さい。

外来化学療法室より連絡させていただくことがあります。



ご本人:　　(　　)

ご本人以外:

氏名:　　続柄(　　)

住所:

電話番号:

その他要望等あれば記入してください。

補助診療録として 不要
退院後は病棟にて破棄

W-6 呼内
文書番号なし
(2枚中、2枚目)

氏名(　　)

血管アクセス:ポート 有(種類:　　)・(無)

SVC症候群 : 有・(無)

アルコール禁止 : 有・(無)

アレルギー歴 : 有(　　)・(無)

入院時出現した有害事象:

悪心・嘔吐・(骨髄抑制)・(便秘)・(下痢)・倦怠感・口内炎・味覚障害・(食欲不振)

末梢神経障害・皮膚障害・その他(　　)

PS:グレード(0 ・ 1 ・ (2) ・ 3 ・ 4)

グレード0:無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発症前と同様に振舞える。
グレード1:軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働、座業はできる。例えば、軽い家事、事務など。
グレード2:歩行や身の回りのことはできるが、時に少し介助がいることもある。軽労働はできないが日中の50%以上は起居している。
グレード3:身の回りのある程度のことはできるが、しばしば介助が入り、日中の50%以上は臥床している。
グレード4:身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日臥床を必要としている。

○杖などの補助具の使用 有(　　)・(無)
○可・動域制限 有(　　)・(無)

外来へのアクセス方法

(自家用車)・タクシー・バス・汽車・その他(　　)

受診時緊急連絡先
本人:
本人以外:急変時連絡がとれる人

その他連絡事項

補助診療録として 不要
退院後は病棟にて破棄

W-6 眼内

文書番号なし

ホチキスどめされていた。

----------5002----------
2017/08/25 14:52
VD=12.00mm
<R> S
- 6.75 - 1.00 77 7
- 6.25 - 1.00 84 7
- 6.00 - 1.00 84 6
6.25 - 1.00 84>
L.DATA
NO DATA
PS 4.1

	mm	D	deg
<R1	7.89	42.75	85>
<R2	7.67	44.00	175>
<AVG	7.78	43.50	>
<CYL		- 1.25	85>

CS 11.5

<L>	S	C	A	
	- 6.50	- 0.25	106	7
	- 5.75	- 0.50	105	8
	- 5.75	- 0.50	102	8
	<- 5.75	- 0.50	105>	

L.DATA
- 6.00 - 0.50 116
PS 4.5

	mm	D	deg
<R1	7.82	43.25	103>
<R2	7.69	44.00	13>
<AV	7.76	43.50	>
<CY		- 0.75	103>

CS 11.7
PD 65

補助診療録として 必要

0-S-0601-0006
「検査報告書」

入院紙カルテ電子化プロジェクト調査1 NO.61

W-6 呼内
文書番号なし

9月 患者氏名

	創傷処置	褥瘡処置	呼吸ケア	点滴ライン同時3本以上	心電図モニターの管理	シリンジポンプの管理	輸血や血液製剤の管理	抗悪性腫瘍剤使用（注射のみ）	抗悪性腫瘍剤内服管理	麻薬の使用（注射のみ）	麻薬の内服・貼付・坐薬の管理	放射線治療	免疫抑制剤の管理	昇圧剤の使用（注射のみ）	抗不整脈剤の使用（注射のみ）	抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用	ドレーンの管理	無菌治療室での治療	救急搬送後の入院	診療・療養上の指示が通じる	危険行動	サイン
1												0										
2																						
3																						
4												0										
5												0										
6												0										
7												0										
8												0										
9												/										
10												/										
11												0										
12												0										
13																						
14												0										
15												0										
16												/										
17												/										
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						
31																						

日勤帯、ペア間で必要度入力・根拠となる記録のチェックをしてください。
夜勤帯で新たに発生した場合は、担当者が必ずチェックし、必要度入力・根拠となる記録を忘れずに!!

補助診療録として 不要
退院後は病棟にて破棄

2017年5月27日作成

W-6 04内
文書番号なし

入院予定シート（脳神経外科）

2017.1.10 修正

記載日	平成 29 年 7 月 31 日	指示医（　　）指示受けナース（　　）
患者ID：		疾患名： 脳腫瘍 疑い
患者氏名：		性別：（男）・女　年齢： 50 歳
連絡先（続柄）	①　（本人）	② ③

入院予定日時：平成 29 年 8 月 3 日（月・火・水・（木）・金）（ 11 ）時（ 00 ）分
未定（ 至急 ・ なるべく早く ・ 順番通り ）

入院予定期間：（　　日）・１週間程度・２週間程度・３週間程度・４週間程度

入院予定病棟：（東）・西　病棟（ 5 ）階 ・ 未定

手術・治療・検査予定日：平成 29 年 8 月 10 日 ・ 未定

入院目的
①治療（手術）・化学療法・放射線治療・その他（　　）
手術予定（全麻）・局麻・その他（　　）
術式（　　）※必須（左・右）
②検査（脳血管撮影）・ビデオ脳波モニタリング・その他（　　）

説明書：原本を患者へ（　）：コピーをスキャンへ（　）
同意書：コピーを患者へ（　）：原本を師長へ（　）

食事
（常食）・軟菜食・高血圧食・高脂血症食・糖尿病食・幼児A・B
その他（アレルギー等）（　　）
1200kcal・1400kcal・1600kcal
1800kcal・2000kcal・腎症食

ADL
（独歩）・護送（車いす）・担送（ストレッチャー）・杖歩行・歩行器
その他（　　）
認知機能：（正常）・他
以前 公務員 → 運転代行
タバコ 2箱、酒 1合以/day (4合-4日)

排泄
（自立）・部分介助 → オムツ着用 ← 全介助・その他（ひらがな、かたかな 計算できない、わからない 見えにくい）
→ ポータブルトイレ使用 ←

部屋希望
※E５は原則、部屋希望は入院後の対応となる（重症患者が個室使用する率が高いため対応困難）⇒身体・精神・経済的理由により希望がある場合のみ記載。
・個室希望 → 理由（　　）
・総室希望 → 理由（　　）
※脳波ビデオモニタリングの場合 ⇒ 個室となる。
入院期間中、個室料金（¥5,940）が自己負担となることを説明：未・済（サイン：　　）

補助診療録として 必要
※脳外（外来）にて様式検討中につき、QRコード未設定。
外来ではこの様式を多数スキャンしている。
（文書番号・タイトル名称などをスキャンの都度、手入力している）

＜周術期・検査前後に休薬等が必要な内服薬の服用について＞
◎抗凝固薬（あり・（なし））→薬剤名（　　）
⇒休薬あり：（　）月（　）日から → 患者説明：未・済（サイン：　　）
⇒休薬不要 → 患者説明：未・済（サイン：　　）
⇒内服開始：（　）月（　）日から → 患者説明：未・済（サイン：　　）
◎ビグアナイド系糖尿病薬（あり・（なし））→薬剤名（　　）
⇒休薬：（　）月（　）日から（　）月（　）日まで→患者説明：未・済（サイン：　　）

術前検査：7/31（薬剤休薬確認：　）
血液検査（　）：
⇒Dr.に送付（　）
・BUN；
・Cr；
・eGFR：

入院予定入力（ ✓ ）入院決定入力（ ✓ 7/31 ）病棟師長確認（　　）患者連絡（　　）

W-6
呼内

排泄チェック用紙

0-S-0611-0013
泌尿器科で使用している
排尿日誌(排泄)と同様のもの？

氏名　　様

	9月 6日		9月 7日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
	尿	便	尿	便	尿	便	尿	便	尿	便	尿	便	尿	便
9														
10														
11														
12														
13														
14	250													
15	400													
16	500													
17	570													
18	480	300												
19	530													
20	490													
21														
22														
23														
24														
1														
2														
3	600													
4														
5	350													
6														
7														
8														
回数	6			3320										

17時 スプライン開始

2009.2.15 修正

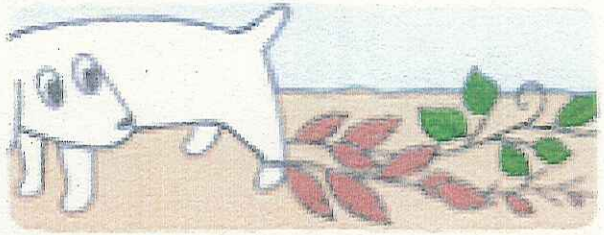
補助診療録として 不要
退院後は病棟にて破棄

補助診療録として 不要
退院後は病棟にて破棄



9 2016 SEPTEMBER

月	火	水	木	金	土	日
28 入院	29	30 TS-1 3週間	31	1	2	3
4	5	6 シスプラチン	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20 ← 2週間1休薬	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	



10 2016 OCTOBER

月	火	水	木	金	土	日
						1
2 →	3	4 TS-1 3週間	5	6	7	8
9	10	11 シスプラチン	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25 ← 2週間1休薬	26	27	28	29
30	31					

入院紙カルテ電子化プロジェクト調査1 NO.65

退院支援作業シート（総合評価・退院支援スクリーニング共有）

W-6 0年内
文書番号なし

ID　　歳

時期	項目	日付	実施内容	
入院～3日以内～～7日以内	介護保険	／	1．介護保険の認定を受けているか確認する（クラーク確認）	クラーク
			2．介護保険を利用している場合は、クラークが介護保険証をコピー	クラーク
			3．ケアマネージャーより、『入院時情報提供シート』の提供があれば、連携して『合同カンファレンス』を開催する（看護記事にも記録する）	
	スクリーニングシート（入院後3日以内）	／	【1．総合評価スクリーニング：65歳以上、40歳以上の特定疾患患者】 病棟看護師：スクリーニング入力→サイン入力→登録・印刷	
			担当医師： 退院支援の必要性判断→サイン	
			退院支援スタッフ：退院支援の必要性検討→サイン	
			クラーク：スクリーニングシートに関係サイン終了確認・スキャン・コピー補助カルテ	
			病棟看護師：スクリーニングシート原本患者へ内容の説明を行い渡す（記事記録） ＊注意：ICU、SCU、精神に入院後、一般病棟へ転入した総合評価の対象は転入時に評価する	
		／	【2．退院支援スクリーニング：総合評価対象者以外】 病棟看護師：スクリーニング入力→サイン入力→保存 退院支援スタッフ：スクリーニング確認サイン入力→保存 ＊注意：ICU、SCU、精神に入院の患者は総合評価算定不可のため全患者退院支援スクリーニング	しんの
	退院支援計画書	／	1．スクリーニングにて『退院支援必要』と評価された場合は、『退院支援計画書』を作成し、退院支援スタッフと情報交換する　※入院から7日以内	しんの
～退院	退院調整	／	1．退院前に、『スクリーニングシート』の評価から、退院支援の必要性を最終確認する	
		／	2．患者・家族の意向を確認しながら退院支援スタッフと連携し、支援開始する	
		／	3．必要時、『診療情報提供書』『看護サマリ』を作成し、退院支援スタッフと連携する	
		／	4．在宅支援となった場合は、必要時、合同カンファレンスを開催し『合同カンファレンス記録』を作成し、看護記録にも残す ※合同カンファレンス開催までに、『地域連携用患者基本情報』を作成する	
	退院支援計画書	／	1．退院支援スタッフと情報交換しながら『退院支援計画書』を完成させる	
		／	2．『退院支援計画書』にそって患者に説明し同意後、『本人または立会人（続柄）』に署名してもらう	
		／	3．『退院支援計画書』の原本をスキャナーにて電子カルテに取り込み後、原本を患者へ手渡し、看護記事にも記録を残す。写しを診療録にとじる	
	算定確認	／	各算定に必要な書類の作成、伝票類の提出、スキャンが終了しているか確認する （各算定については、退院支援スタッフがクラーク依頼）	
退院	書類	／	患者（家族）へ連携先提出用として『地域連携用患者基本情報』『看護サマリ』『診療情報提供書』を手渡す	
	看護記事	／	看護記事に退院先（自宅　又は　転院先名）を記録する	

2017/4/19 患者支援センター作成

補助診療録として 不要
退院後は病棟にて破棄

ドキュメーカーに退院支援作業シートあり。
- 退院支援作業シート②
  X-P-9999-0105-1/1-2017.2
- 退院支援作業シート③
  X-P-9999-0106-1/1-2017.2

上記の②と③を統一した、別様式と思われる。

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.66

W-6 0Fl内
文書番号なし

手術前チェック表

手術日 9/5(金) ～9/4(木) お願いします

サイン	項目
森光	手術指示書（麻酔指示書・医師指示書）→前日担当看護師と確認
	・食事入力確認
	・記入漏れのチェック
	・手術時間
吉川	手術衣・キャップの準備
	トリフローやフラッターなどの指導
森光	弾性ハイソックスの測定・準備・ＳＰＤシール・同意書
森光	集学入室パンフレット・「○○術を受ける患者様へ」による説明
	・集学オリエンテーションの時間を家族に説明
	・荷物は全て持って帰ってもらう
	ＩＤカード・患者の内服薬/注射薬・術後採血など→集学へ
未	集学入室申し込みの確認（電子カルテ内「帳票出力」）
森光	手術必要物品の確認
七田	転棟サマリーの入力 → 9/4 部長提出済みです。疼痛コントロールなど変化あれば入力お願いします。
看物	リストバンド確認（血液型注意）
	浣腸やプルゼニドの準備/実施
森光	持参薬品準備
森光	カルテ
	・同意書（手術・輸血・麻酔・DVT予防・その他医師に確認）
森光	除去確認（義歯・コンタクト・指輪・腕時計など）
森光	手術搬入時の注射の有無（有 (無)）
森光	皮膚や麻痺の状態、看護上の伝達事項の有無と記入漏れチェック
森光	持参注射薬は、実施入力上中止。返品伝票出力し、フリーに渡す
森光	手術当日の内服薬・飲水・インスリンなどの確認
	処置伝票を確認し、入院係へ送付
	看護計画の評価

9/5 集学入室予定ですので、9/3日までに申し込み(手)ていますので、ご確認して下さい。

＊手術が決定したら、その日の担当看護師がこの用紙を準備する。この用紙は最終カルテに保存する。
＊実施項目に必ず実施者がサインする。
＊手術時間を必ず確認する。特に麻酔指示書と医師指示書！
＊食事・水分については、麻酔科と外科の指示が異なることもあるため、必ず確認する。
＊最終的に欠食や手術時間等の確認責任は、前日担当看護師とする。

補助診療録として 不要
退院後は病棟にて破棄

退院後１か月程度、病棟にて保管する（患者からの紛失物等の問い合わせ対応のため）が、最終は病棟にて破棄。
様式の文言を変更していただけることになった。

2014.4.23 修正

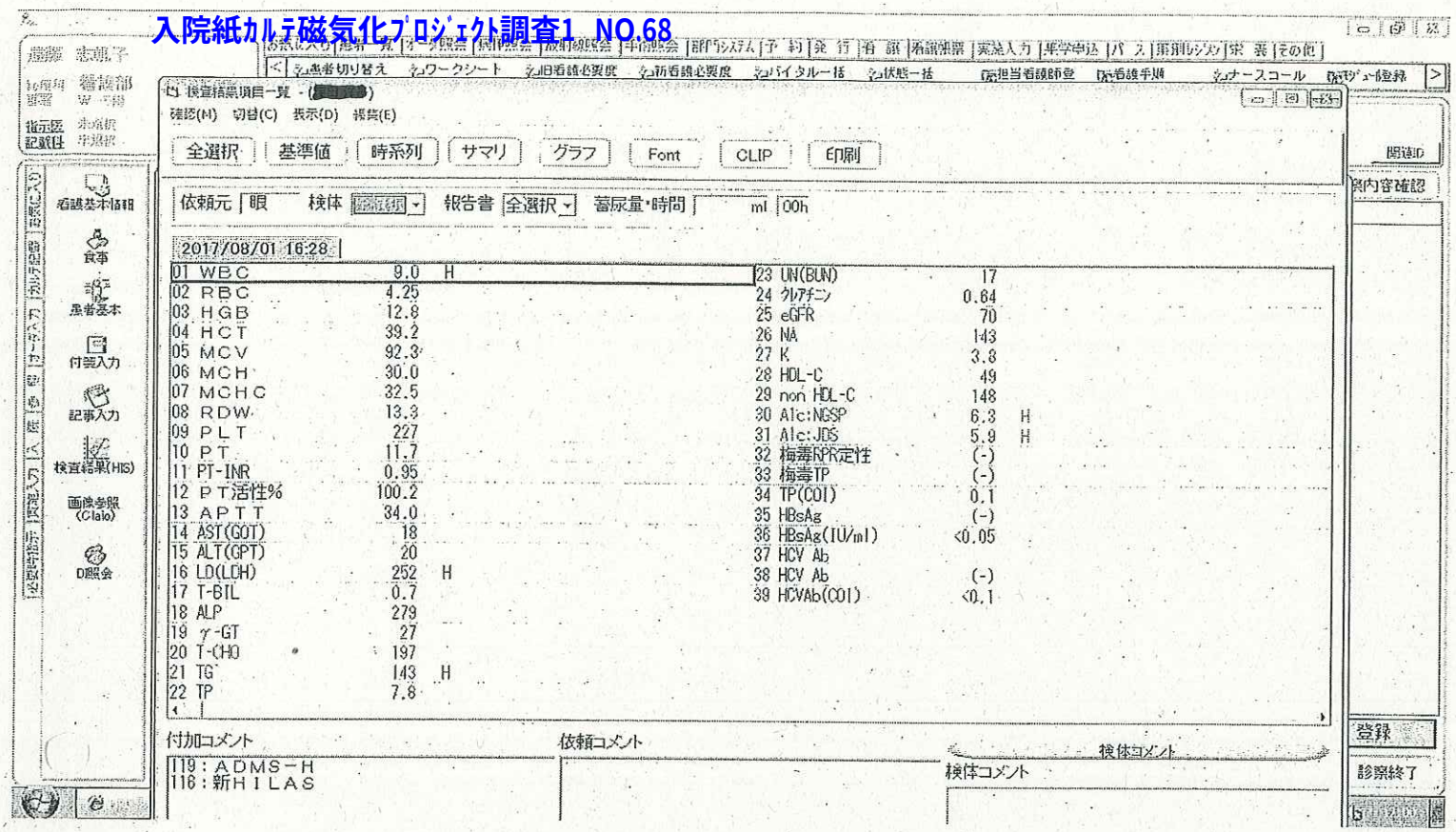
補助診療録として　必要
0-S-0601-0006
「検査結果（自院）」

W-4　循内
文書番号なし

2017年9月20日
発作性心房細動アブレーション

治療後

治療前



6.7/78　135/77

W－5 眼科

文書番号なし

補助診療録として 不要
退院後は病棟にて破棄

2017/08/03 11:47:16 Computer:TU138095 User:TuhpUser

参照　患者番号 [redacted]　[redacted]

外来　看護部 三木 晴美

共通 初診

330-69 ¥4160 99%

全て表示 | 全て表示 | 全て表示 | 全て表示

外)2017年08月03日(木) 眼科 仙波 賢太郎 (更新:17/8/3 10:05:51)　1 SUB-MENU

【主訴】右眼視野異常
【現病歴】
H24年8月左眼視力低下で来眼科初診。
RV=0.01(n.c.)で成熟白内障を認めたため同9月13日にICG使用し右眼白内障手術(上方強角膜切開、IOL Kowa AN6K +18.0D)施行。
最終、H26年9月2日受診時、RV=(1.5)。
5日前から右眼内方が暗く見えるとの主訴で本年8月2日に受診。
右眼外上方に網膜剥離を認めたため加療目的で当科紹介。
後発白内障のため眼底透見しづらかったため後発切開し高眼圧に対し0.5%チモレート処方している。

B/2 RV=(1.5),RT=27mmHg
LV=(1.2),LT=17mmHg
【既往歴】高血圧、アレルギー性鼻炎、右眼網膜裂孔(30年前にPC)
【現在の処方】0.5%チモレート点 2×右
【ARK-1A NIDEK】なし
ARK-1A NIDEK
2017/08/03 09:15:57
【レフ値】

	<R> SPH	CYL	Axis	<L> SPH	CYL	Axis
1	-0.75	-1.00	15 7	1 +1.25	-0.75	172 8
2	-0.75	-1.00	16 7	2 +1.25	-1.25	167 8
3	-0.50	-1.50	18 7	3 +1.25	-1.25	165 8
<	-0.75	-1.00	16 >	< +1.25	-1.25	167 >

【ケラト値】
<代表値>

	<R> mm	D	deg	<L> mm	D	deg
R1	7.82	43.25	16	R1	7.80	43.25	164
R2	7.64	44.25	106	R2	7.64	44.25	74
AVG	7.73	43.75		AVG	7.72	43.75	
CYL		-1.00	16	CYL		-1.00	164

【PD値】 遠用PD = 60.0　近用PD = 56.0

ARK-1A NIDEK
2017/08/03 09:16:41
【ケラト値】
<代表値>

	<R> mm	D	deg	<L> mm	D	deg
R1	7.81	43.25	17	R1	7.79	43.25	167
R2	7.62	44.25	107	R2	7.62	44.25	77
AVG	7.72	43.75		AVG	7.71	43.75	
CYL		-1.00	17	CYL		-1.00	167

2017/08/03 9:11:05 宮下 鏡介
RV = 0.6(1.2×S-0.75D : C-1.00D Ax 15)
LV = 1.0(better×S+1.00D : C-1.00D Ax170)
NT-530 NIDEK
2017/08/03 08:49:42
【眼圧値】(mmHg)

	R		L
1	18.0	1	17.0
2	18.0	2	17.0
AVG	18.0	AVG	17.0

右 左

右 左

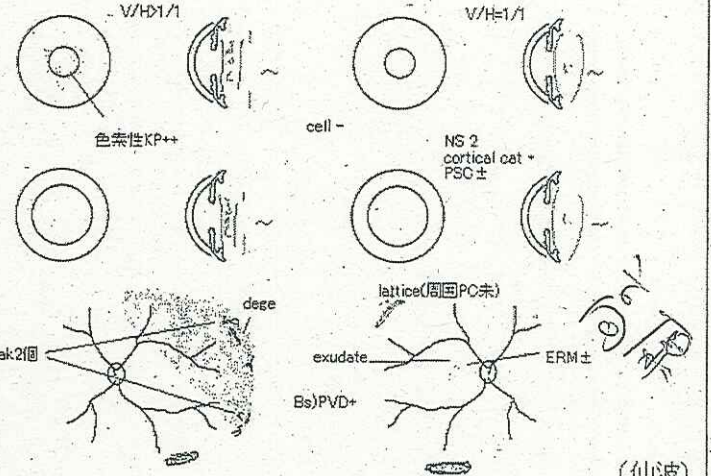
右 左

1/2

外)2017年08月03日(木) -2 眼科 香留 崇 (更新:17/8/3 10:52:15)　2 SUB-MENU

	右	左
瞳孔	径 mm 形状	径 mm 形状
対光反応	直 間	直 間
眼球運動	正 or □ 輻輳障害 □ 開散障害	正 or
眼位	正 or	

散瞳(M-P)



(仙波)

治療指針 R)rRD

右眼rRD
外方中心にdege多い、早急に手術必要。R)25GVit.(仙波Dr)の予定で。SF6で大丈夫でしょう。
手術場の状況をみて手術決めてください。返事済み。

2/2

診療科：看護部　三木 晴美 看護師　端末名：TU138095　指示参照　Ver.14.6.5.2【病院版】

カンファレンス　非表

全て表示　全て表示

看護部 三木 晴美

入院紙カルテ磁気化カルテ仙台基本 NO.69

補助診療録として 不要
退院後は病棟にて破棄

W-5 眼科
文書番号なし

1/25

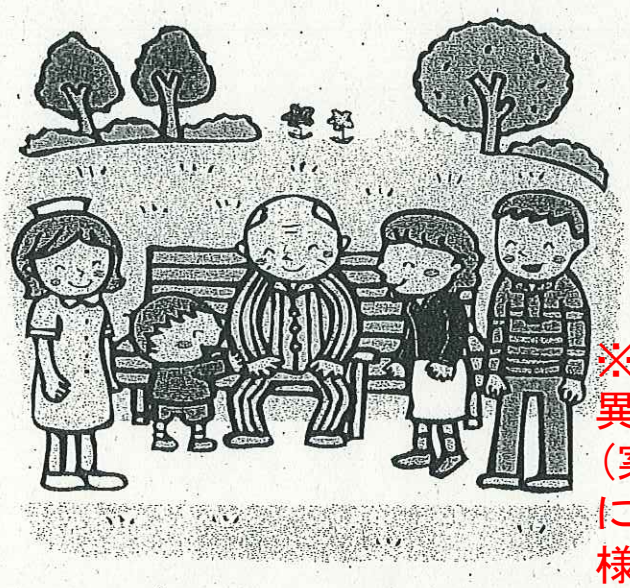
入院される患者の皆様へ

ID

氏名

補助診療録として 必要
※現在作成中。
0-S-0201-0032
「入院される患者の皆様へ（成人版）」

入院にあたり、よりよい医療と看護を提供させていただくために、患者の皆様の日常生活・身体状況などについて詳しい情報が必要となってきます。
記入できる範囲でかまいませんので、次のページからの質問にお答え頂き、入院時に必ず持参して下さい。
なお、この記入用紙は患者の皆様の生活状況や身体状況を把握し、よりよい医療と看護を提供することが目的であり、その他の用途で使用することは一切ありません。



徳島大学病院

W－5 眼科
0-S-0501-0176
表紙と裏に
おの指示内容の
記載あり

※病棟により様式が異なる。
（案）入退院事務センターにて交付しているものと様式統一させる。内容確認等、看護部でのとりまとめ役が必要。

※「入院[illegible]患者の皆様へ」の裏に記載されている。

↓

服薬希望

8/21 ～1
ﾀｵﾙｰﾙ IT

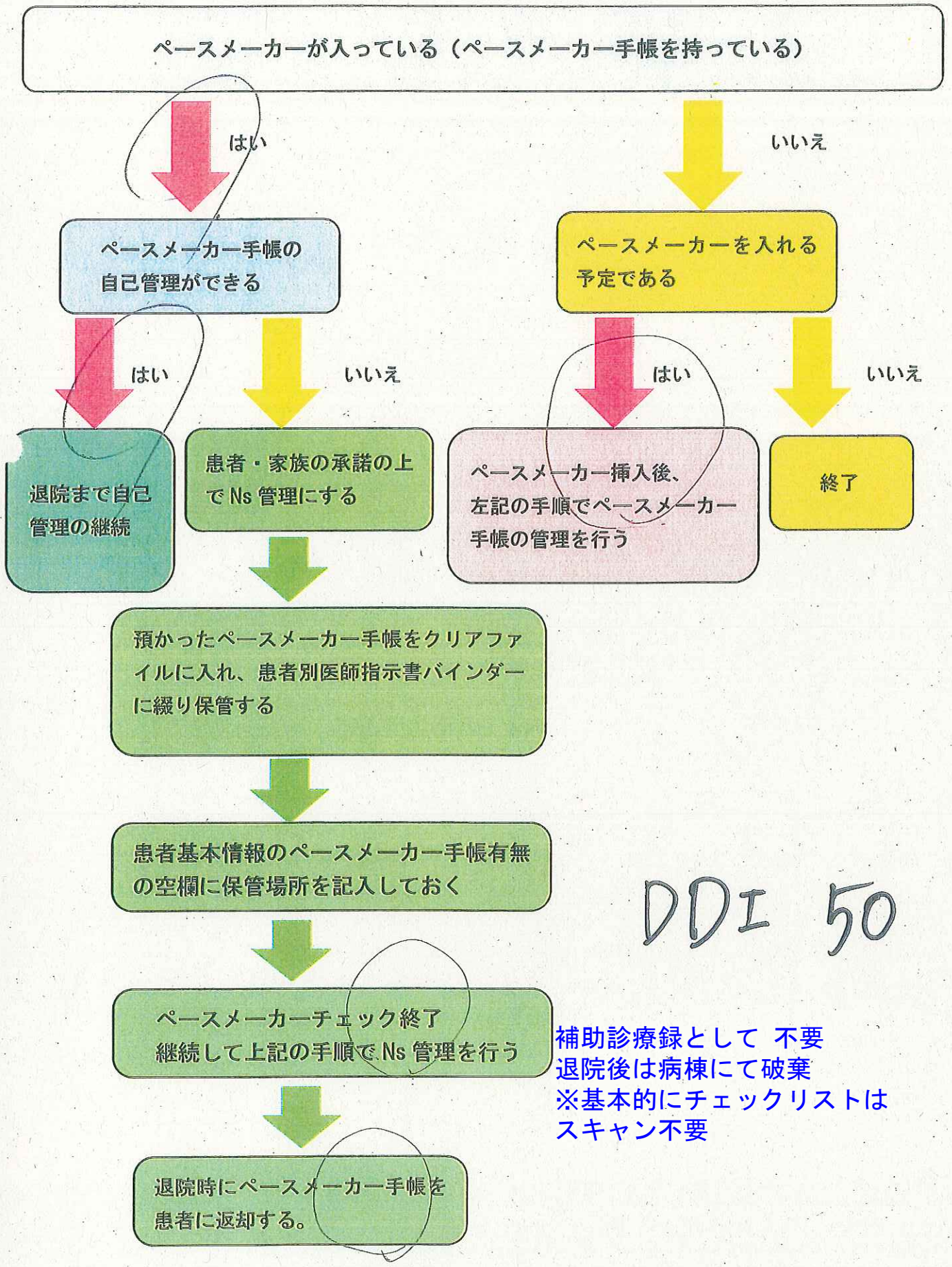
ﾊﾙﾊﾟﾝ(5) 1×M (11)
ｻﾘﾄﾞﾏｲﾄﾞ(100) 1×M (11)
ﾅﾄﾘﾑｽ(1) 1×M (11)
(朱) ﾘｾﾄﾞﾝ(0.5) 3回 (2)
ﾌﾟﾛﾃｶｼﾝOD(10) (11) 1×A
ｳﾙｿ(100) 22 1×A

ﾌﾟﾚﾄﾞﾆﾝ(5) 3.5T 1×M
ﾌﾟﾛﾃｶｼﾝOD(10) 1 1×M
ｳﾙｿ(100) 1 1×M

補助診療録として 必要
0-S-0401-0082？
「持参薬報告書･投薬指示書」へ
まとめていただく。
※処方指示書であれば、指示入力を
していただくこと。

W-2 循内
文書番号なし

ペースメーカー手帳の管理方法



DDI 50

補助診療録として 不要
退院後は病棟にて破棄
※基本的にチェックリストは
スキャン不要

2016.7.10 作成

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.73

W－2 循内
文書番号なし

総合評価スクリーニングの作業シート

【対象】65歳以上の患者及び40歳以上65歳未満の特定疾病（介護保険の対象となる疾病）患者

補助診療録として　不要
退院後は病棟にて破棄
※基本的にチェックリストはスキャン不要

ID　　患者氏名

入院時の評価

介護保険の認定　（無）・有・申請中・申請予定
介護度：要支援（1・2）　要介護（1・2・3・4・5）
特定疾病（　　）　ケアマネージャー等の連絡先の確認（済・未）
スクリーニングシート該当項目　無・有　　退院支援　必要・不要
退院支援計画書の作成（初期計画）　済・未

退院時の評価

退院支援必要性の再評価　済・未　　退院支援　必要・不要
地域合同カンファレンス開催（ケアマネージャー来棟）　／　・該当なし
総合評価加算の算定　済・該当なし　　合同カンファレンス記録作成　済・該当なし
介護支援連携指導料の算定　済・該当なし　　退院時共同指導料の算定　済・該当なし
退院支援計画書の作成　済・該当なし　　退院支援加算の算定　済・該当なし
看護サマリ作成　済・該当なし　　地域連携用患者基本情報作成　済・該当なし

時期	項目	日付	実施内容	サイン
入院～3日以内	介護保険	8/10	1．介護保険の認定を受けているか確認する 2．介護保険を利用している場合は、担当地域包括・居宅支援事業所とケアマネージャー名、施設入所者は施設名と連絡先を確認する 3．ケアマネージャーより、『入院時情報提供シート』の提供があれば、手順*にそって受け取り、『合同カンファレンス記録』を作成し、看護記事にも記録する	尾高
	総合評価スクリーニングシート	8/10	1．入院時の患者の状態を『総合評価スクリーニングシート』にて評価する	尾高
		／	2．入力した総合評価スクリーニングシートを出力し、担当医に判定・評価を依頼する	尾高
			3．判定済みの『総合評価スクリーニングシート』はスキャン後、それを用いて患者（家族）へ評価内容と支援の必要の有無等の要点を説明し、シートを手渡し、看護記事にも記録する	
			4．スクリーニングにて「退院支援必要」と評価された場合は、患者に『退院支援計画書』を作成することを説明し同意を得、そのことを看護記事にも記録する	尾高
		／	5．入院中は、総合評価スクリーニングシートを用いての評価は何度でも可能なため、転棟後や治療後など状態変化時には再評価を行い、退院後の支援の必要性についてアセスメントしていく	
	退院支援計画書	／	1．スクリーニングにて『退院支援必要』と評価されている場合は、注意点*を参考に『退院支援計画書』を作成する　※入院から7日以内	
～退院	退院調整	／	1．退院前に、『総合評価スクリーニングシート』などの評価から、退院支援が必要かどうか最終確認をする	
		／	2．退院支援が必要となった場合は、関係各所と連携を図り、支援先を決定する ※入院時より担当ケアマネージャーがいる場合は、手順*に沿って支援を進める	
		／	3．患者支援センターへ調整依頼をする場合は、『診療情報提供書』『看護サマリ』を作成後、病棟担当者へ依頼する	
		／	4．在宅支援となった場合は、必要時、合同カンファレンスを開催し『合同カンファレンス記録』を作成し、看護記録にも残す。 ※合同カンファレンス開催までに、『地域連携用患者基本情報』を作成する	
	退院支援計画書	／	1．『退院支援計画書』を完成*させる	
		／	2．『退院支援計画書』にそって患者に説明し同意後、『本人及び続柄』に署名してもらう	
		／	3．『退院支援計画書』の原本をスキャナーにて電子カルテに取り込み後、原本を患者へ手渡し、看護記事にも記録を残す	
	算定確認	／	各算定に必要な書類の作成、伝票類の提出、スキャンが終了しているか確認する	

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.74

退院	書類	／	患者（家族）へ連携先提出用として『地域連携用患者基本情報』『看護サマリ』『診療情報提供書』を手渡す	
	看護記事	／	看護記事に退院先（自宅　又は　転院先名）を記録する	

補助診療録として　不要
退院後は病棟にて破棄
※総合評価ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞの作業ｼｰﾄの2ﾍﾟｰｼﾞ目

❖ 捕捉

入院時	介護保険を利用しており、担当ケアマネージャーより、「入院時情報提供シート」提供の連絡があった場合	①ケアマネージャーから直接病棟へ連絡があった場合は、患者支援センターの病棟担当者へ連絡してもらうように依頼する ②患者（家族）に、「在宅退院ができるとの判断」により介護連携・退院支援を開始してもいいか同意を得る ③ケアマネージャーと面談を行い、入院情報提供シートを受け取る
	「退院支援計画書」初回作成時の注意点	①計画立案日は必ず入院後7日以内とする ②スクリーニングシートにて1項目でも該当すれば、『支援必要』と判断し、『退院支援計画書』を作成する ③介護保険の認定を受けているもしくは申請中の患者は、退院時に何らかの『支援必要』と判断し、『退院支援計画書』を作成する ④初期計画のため、入力画面の太枠内をできるだけ入力し、『保存』をクリックする
退院	入院時よりケアマネージャーがいる場合の退院支援	①患者（家族）に退院後の介護連携を取れる事を説明し、ケアプラン作成の希望を確認する ②患者（家族）退院後のケアプラン作成を希望した場合は、患者（家族）から担当ケアマネージャーへ退院の連絡を取ってもらい、来棟の有無を確認してもらう ③ケアマネージャーが来棟する場合は、介護連携を取ることを患者支援センターの病棟担当者へ報告する ④ケアマネージャーが来棟したら面談を行い、暫定介護プランを頂くか、退院後にサービス計画書を患者支援センターへ郵送または持参するように説明する ⑤「合同カンファレンス記録」と「看護記事」を入力する
	「退院支援計画書」完成時の注意点	①『(病棟)退院支援計画担当者』の欄には、病棟師長名を入力し、病棟師長が内容確認後、押印する ②『(退院調整部門)退院支援計画書担当』の欄には、患者支援センター病棟担当が内容を確認後、押印する

看護記事の記入例

入院時	担当ケアマネージャーより、「入院時情報提供シート」を受け取った場合	病棟へ担当ケアマネージャー〇〇さんの訪問あり。患者の同意を確認後、入院時情報提供シートを受け取り面談する。詳細は「合同カンファレンス記録」を参照。
	「総合評価スクリーニングシート」を手渡した時	患者（家族）に、総合評価スクリーニングシートにそって内容を説明し手渡した。 〈退院支援が必要な場合は追加記入として〉評価の結果、退院支援が必要との判定であったため、退院支援計画書を作成し、計画に基づき支援を行っていくことを説明し、同意を得た。
退院時	担当ケアマネージャーより、「暫定プラン」を受け取った場合	病棟へ担当ケアマネージャー〇〇さんの訪問あり。面談し、暫定介護プランを受け取る。詳細は「合同カンファレンス記録」参照。
	在宅支援先と「合同カンファレンス」を開催した場合	病棟へ訪問看護ステーションの〇〇看護師来院あり。病棟師長〇〇、担当医〇〇、担当看護師〇〇、患者支援センター〇〇とともに合同カンファレンスを開催する。詳細は「合同カンファレンス記録」参照。
	患者に作成した「退院支援計画書」について説明し、手渡した時	退院支援計画書を作成し、内容にそって説明し同意を得た。「本人および続柄」欄にサインをいただき、原本を手渡した。

退院支援に関する算定と記録用紙

総合評価加算	一般病棟に入院し、65歳以上の患者及び40歳以上65歳未満の特定疾病の患者に総合評価スクリーニングシートにて評価した場合 ※精神，ICU，SCU入院期間は『総合評価加算』は算定不可のため、退院支援スクリーニングシートにて評価し、一般病棟へ転棟したら総合評価スクリーニングシートにて再評価する	総合評価スクリーニングシート ※スキャン必要
介護支援連携指導料加算	入院時、担当ケアマネージャーと面談し、「入院時情報提供シート」を後受け取った場合	合同カンファレンス記録
	退院時、担当ケアマネージャーと面談し、暫定プランを受け取った場合，もしくは退院後にサービス計画書を受け取ることになった場合	合同カンファレンス記録
	在宅支援先を決定し、合同カンファレンスにケアマネージャーが出席し、暫定プランを受け取った場合，もしくは退院後にサービス計画書を受け取ることになった場合	合同カンファレンス記録
退院時共同指導料	在宅支援先を決定し、合同カンファレンスに支援先のスタッフが出席した場合 ※算定方法は合同カンファレンスに参加した支援先のスタッフの職種や人数によって異なるため、伝票参照	合同カンファレンス記録
退院支援加算	入院日から7日以内に患者の同意を得て、退院支援計画書の立案及び当該計画に基づき退院した場合	退院支援計画書 ※スキャン必要

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.75 W-4 循内 文書番号なし

ID ↓

補助診療録として 不要
退院後は病棟にて破棄

【西病棟2階 看護申し送り書】

患者氏名（ ）

日付	内容	記入者
	HCU入室の説明しています。 （9/1入室予定）	

2015.3作成

西病棟2階　入院・退院チェックリスト（入院用）

W－4
循内
X-X-
9999-004



患者氏名

診療科【産婦・消内・放・麻・（　3年目　）】

入院日　H29.8.24　退院日

病名

主治医　〜〜先生　担当看護師　〜〜村

（　）身長　159.4 cm 体重　60.10 kg

補助診療録として 不要
退院後は病棟にて破棄

入院時				
項目			備考	署名
入力	入院確認			
	ケアセット	基本バイタル1検A	呼吸、Spo2は時間設定をしない	
		身長・体重セット		かかり
		看護必要度	2014・4.4以降の一般病棟用を選択	
	ケア予定	リネン交換	シーツ交換、毎水曜日の10時を選択	
	患者状態	看護度・看護必要度B項目	15時までに入力。患者状態は、看護記事と内容を一致させる	かかり
	ドキュメーカー	入院診療計画書	①医師が一時保存→②看護師が入力→③患者署名→②栄養士署名→③一部補助カルテ、一部患者に手渡す	かかり
		看護基本情報	必須項目※は全て入力。アレルギーがある場合は、患者基本画面にも入力。引用時はメモ欄に入力	
		転倒転落・内服アセスメント		かかり
		褥瘡チェックシート	必要時、褥瘡リスクアセスメント、褥瘡対策に関する計画書作成（3年目以上の看護師が入力後、一時保存）	かかり
		退院支援スクリーニングシート	65歳未満	
		総合評価スクリーニングシート	65歳以上又は40歳以上で特定疾病（15）がある場合　必要時、退院支援計画書作成	かかり
	看護計画の立案	基準または診断	診断使用時は、診断指標および関連因子を入力。スケール値の確認	かかり
	看護記事		看護必要度AおよびB項目を入力した場合は、記事内容を一致させる	
	患者基本		身長・体重実測値を入力	かかり
	実施入力		バイタル・食事量・アウトカムおよびアクティビティ・看護必要度A項目を入力	かかり
	看護サマリー枠作成		日付・病棟・担当医・師長・担当看護師を選択	り
書類	指示書	医師・パス	特殊内服薬等（必要時）	
	看護申し送り書（必要時）			
その他	採血・検査		検査は、患者が実施したかを確認	
	持参物（X-P等）　有　・　無		有の物品を記入（　　）	
	持参薬確認		残数が少ない場合は、医師に処方依頼	

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.77

西病棟2階　入院・退院チェックリスト（退院用）

退院時			
項目		備考	署名
入力	実施入力	バイタル・食事量・アウトカムおよびアクティビティ、看護必要度A項目を入力	
	看護記事	麻薬を持ち帰る場合は、種類、数量を入力	
	看護計画の評価	解決または中止	
	ケア予定	一括終了	
	患者サマリー	入力の有無を確認、このチェックリストは所定の位置に保管	
	褥瘡リスクアセスメントおよび褥瘡対策に関する計画書作成時	①褥瘡リスクアセスメント、褥瘡対策に関する計画書を評価し登録 ②プレーデンスケール入力 ③看護記事に定型文入力	
	退院確認	患者死亡時は、退院時刻ではなく死亡確認時刻で入力　※使用薬剤等がある場合は、医師の入力が済むまで退院確認はしない	
その他の準備	退院指導	各種パンフレット使用	
	処置伝票およびその他伝票の記入	DM患者、自己導尿患者は記入例を確認	
	持ち帰り物品	自己導尿カテーテル、インスリン自己注射使用物品等（次回、来院日までの物品を準備）	
	退院時処方	前もって退院が決定している場合は、残数を確認し医師に処方依頼（次回、来院日までの処方を準備）	
患者に手渡すもの	診察券（IDカード）		
	予約表		
	退院時処方	麻薬は金庫内確認	
	退院証明書	産婦人科は不要。ただし、転院時は要	
	入院支払い誓約書	土・日休日および時間外退院の場合	
	持参薬・処方薬	冷蔵庫（座薬・インスリン等）・麻薬は金庫内確認	
	持参物（X－P・CD－R等）		
転院時	看護サマリー	内容確認のため、封筒の口は当日閉じる	
	地域連携用看護基本情報	看護基本情報より書類の転記	
	診療情報提書	医師に最新のものを依頼。内容確認のため、封筒の口は当日閉じる	
	CD－R等		

チェックリスト項目は全てチェックしてね！



補助診療録として　不要
退院後は病棟にて破棄

2015.6作成

W-9 循内
X-D-0611-0058

看護基本情報聴取にあたって

入院中の患者様の治療や看護を行ううえで参考にさせていただく為に、患者様やご家族のことなどについてお伺いさせていただきたいと思います。
必要と思われる事についてお伺いいたしますが、答えたくなかったり、疑問に思うような内容があれば、お答えいただかなくても結構です。
お伺いした情報は、看護や治療以外では使用しませんし、他に漏れることもありません。
また、もしお答えいただかなかったとしても、治療や看護に不利益をこうむることはありませんので心配しないでください。
後でこの用紙を参考にさせていただきながら、再度お話を伺いますのでよろしくお願いします。

＊有・無はどちらかに○をつけてください。その他、選択項目にも○をつけてください。
有を選択した場合やその他（　）内へは、可能な範囲でご記入よろしくお願いします。

【患者プロフィール】

＊患者様ご氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿

＊連絡先：①重要他者（手術や検査・病状等の説明を受けることを希望する、患者様にとって最も重要な方）のご氏名；
②続柄；
③住所；
④TEL；

補助診療録として 必要
※現在作成中の0-S-0201-0032「入院される患者の皆様へ(成人版)」と内容が類似している。様式統一できないか？

＊医師から説明された内容

＊輸血をしたことがありますか？無・有（いつ：＿＿＿＿＿＿どこで：＿＿＿＿＿＿）
＊薬剤や食べ物でアレルギーはありますか？(無)・有（内容：＿＿＿＿＿＿＿＿）
＊臓器提供意思表示カード（ドナーカード）を持っていますか？(無)・有

＊入院にいたった経過や現在の症状についてお書きください。

※病棟により様式が異なる。
(案)入退院事務センターにて交付しているものと様式統一させる。
内容確認等、看護部でのとりまとめ役が必要。

入院紙ｶﾙﾃ磁気化ﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾄ調査1　NO.79

※「患者基本情報の聴取にあたって」の２ﾍﾟｰｼﾞ目

以下の項目に該当するものがあれば○印をつけ、（　）内にお書きください。

＊今までかかったことのある病気：癌・高血圧・糖尿病・喘息・結核

その他（　＿＿＿

※「患者基本情報の聴取にあたって」の３ページ目

＊消化器症状がありますか？あてはまる項目に○をつけてください。無・有
（嘔気・嘔吐・腹痛・食欲不振・過食・摂食障害・咀しゃく／嚥下困難・開口障害・口渇・皮膚／粘膜感想・浮腫）
その他（　　）
＊入れ歯をしていますか？無・(有)（　　）
入れ歯の種類（　　）　個数（　　）

【ドメイン３・排泄】
＊排便や排尿で問題となるようなことはありませんか？無・有（　　）

＊人工肛門や尿路変更はありませんか？無・有（　　）

＊入室前最後に排尿・排便したのはいつですか？
（排尿：＿＿月＿＿日＿＿＿時　、　排便：＿＿月＿＿日＿＿＿時　）

＊一日の尿・便の回数を教えてください。
（尿の回数：＿＿＿＿回／日　　、　便の回数：＿＿＿＿回／日　）

【ドメイン４・活動・休息】
＊睡眠：寝始めの時間（＿＿＿）時～起床時間（＿＿＿）時
睡眠をとるために、なにかお薬を飲んだり、習慣としていることはありますか？
(無)・有（　　）

＊以下の日常生活動作を行う上で、なにか問題がありますか。無・有
ある場合、下記の項目に○をつけてください。
食事・更衣（着替え）・排泄（排尿・排便）・入浴（お風呂・シャワー）・整容（洗面・整髪）・口腔衛生（歯磨き）・移動・服薬・買い物・調理・家事・金銭管理・公共交通機関の利用・服薬管理
その他（　　）

＊介護保険での認定を受けられていますか？　(無)・有（要介護　　・要支援　　）

＊身体障害者手帳はお持ちですか？　(無)・有（　　級）

＊入院前はどこに居住されていましたか？
自宅・別の病院に入院していた（病院名：　　）・施設（施設名：　　）
＊入院前の居住は、一戸建て・マンション・アパート
＊主に生活されているお部屋は、１階・２階以上

補助診療録として 必要
※現在作成中の0-S-0201-0032「入院される患者の皆様へ（成人版）」と内容が類似している。様式統一できないか？

※「患者基本情報の聴取にあたって」の４ﾍﾟｰｼﾞ目

＊お部屋までの移動には、階段がある・エレベーターがある
＊お家には手すりがありますか？　(無)・有（廊下・階段・トイレ・浴室・その他＿＿＿＿）
＊トイレの様式は？　和式・(洋式)
＊寝床は？　(布団)・ベッド

＊ペースメーカーを植え込んでいますか？：(無)・有（種類；＿＿＿＿　設定；＿＿＿＿）

＊手足の筋力や関節運動に問題がありますか？無・有
（いつから；＿＿＿＿どこの部位；＿＿＿＿どの程度；＿＿＿＿）

＊胸苦しい・息苦しい・手足が冷たいなどの症状がありますか？　無・(有)

【ドメイン５・感覚/認知】
＊人や場所、日時が分からなくなることがありますか？：(無)・有（　＿＿＿＿　）

＊以下の項目に該当するものがあれば、〇をつけてください。
日常生活に支障があるかないか、どのような状態かを具体的に記載してください。
①視覚（見づらさ）：無・有･･･右眼・左眼・両眼
視力、眼圧、近視、遠視、老眼、その他（　＿＿＿＿　）
装具の使用；眼鏡、コンタクトレンズ〈仕様＿＿＿＿〉、義眼＿＿＿＿
病気や症状：(無)・有；白内障・緑内障・幻視
その他（　＿＿＿＿　）
②聴覚（聞きづらさ）：無・有･･･右耳・左耳・両耳
補聴器の使用：(無)・有（両耳・右耳・左耳）
病気や症状；耳鳴り・めまい・難聴・聴覚消失・幻聴
その他（　＿＿＿＿　）
③運動覚（動きにくさ）：無・有
症状；麻痺・しびれ・ふらつき・倦怠感
部位；（　＿＿＿＿　）
必要な補助具；装具〈　　〉歩行器、杖、車椅子
その他（　＿＿＿＿　）
④触覚（触った感触）：無・有（　＿＿＿＿　）
その他（　＿＿＿＿　）
⑤嗅覚：無・有（　＿＿＿＿　）
その他（　＿＿＿＿　）
⑥味覚；無・有
甘味・辛味・苦味・酸味・幻味
その他（　＿＿＿＿　）

補助診療録として 必要
※現在作成中の0-S-0201-0032「入院される患者の皆様へ(成人版)」と内容が類似している。様式統一できないか？

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.82

※「患者基本情報の聴取にあたって」の５ページ目

＊注意力・理解力・記憶力に問題はありますか？(無)・有

（例えば、状況に不適切な感情表現、事実に即していない、指示に従えない等）

内容（　　）

＊コミュニケーションに関して問題はありますか？あれば該当するものに○印をしてください。

無・有；構音障害（呂律がまわらない）・失語症（言葉が出にくい・話しかけても言葉が通じない）・気管切開・気管内挿管・口腔疾患・痴呆

その他（　　）

【ドメイン７・役割/関係】

＊病状変化時、速やかに連絡するためにも、可能な範囲で詳しく教えてください。

家族構成･･･同居している人・両親・兄弟姉妹・子供・孫等についてお書きください。

（妻、息子）

＊職業：土木

＊婚姻状況：未婚・(既婚)（配偶者氏名：[redacted]　年齢；54　歳）死別・離婚

＊入院中に生じる問題はありますか？無・有（　　）

＊入院中の患者様を支援したり、協力してくれる人はいますか？無・(有)（続柄；妻）

【ドメイン８・セクシュアリティー】該当する方は記入お願いします。

＊性・生殖機能について気になる問題がありますか？：(無)・有（　　）

＊月経について、あてはまるものに○をつけ、該当する項目をお書きください。

①規則的・不規則・無　②周期：＿＿日　③持続期間：＿＿日

④初潮：＿＿歳　⑤閉経：＿＿歳

⑥現在妊娠していますか？：(いいえ)・はい

→入院時週数：＿＿週＿＿日、予定日；＿＿年＿＿月＿＿日

【ドメイン９・コーピング/ストレス耐性】

＊これまでにストレスと感じる大きな出来事がありましたか？

また、現在そのようなことがありますか？

無・有；内容（　　）

→ストレスがあった時、どのように対処しましたか、もしくはしていますか？

（　　）

補助診療録として 必要

※現在作成中の0-S-0201-0032「入院される患者の皆様へ(成人版)」と内容が類似している。様式統一できないか？

※「患者基本情報の聴取にあたって」の６ﾍﾟｰｼﾞ目

＊ストレスを感じる為におこっている症状はありますか？
あれば、あてはまるものに○印をつけてください。
不安感・恐怖感・悲嘆・絶望感・喪失感・無力感・うつ状態・自殺企図・罪悪感・怒り・パニック・イライラ感・攻撃性・依存的・緊張
その他（　　）

【ドメイン１０・生活原理】
＊宗教上や信念の為に受け入れられない治療がありますか？（例：エホバ→輸血拒絶　等）
(無)・有（　　）

【ドメイン１１・安全/防御】
＊転倒・転落、失神したことがありますか？：(無)・有（　　）

＊足腰の弱り、筋力の低下、ふらつきがありますか？：無・有（　　）

＊皮膚や組織の異常があれば、あてはまるものに○印をつけてください。
無・有；擦過傷・打撲創・骨折・出血斑・発赤・皮膚湿潤・水疱・潰瘍・瘢痕・発疹・熱傷・手術創・黄疸
その他（　　）

＊粘膜の異常があれば、あてはまるものに○印をつけてください。
無・有；口腔・鼻腔・肛門・陰部・角膜
その他（　　）

【ドメイン１２・安楽】
＊体のどこかに痛みや不快感がありますか？：無・有
①痛みの強さ：　　②痛みの開始時期：
③痛みの持続時間：　　④鎮痛剤の使用：
⑤痛みを悪化させたり、緩和させたりするものがあればお書きください。
（　　）

＊精神的苦痛がありますか？無・有（　　）

＊その他、何かご要望や注意して欲しいことなどありますか？

補助診療録として 必要
※現在作成中の0-S-0201-0032「入院される患者の皆様へ(成人版)」と内容が類似している。様式統一できないか？

患者様やご家族へ基本情報聴取用紙を渡し記入してもらう場合は、
この１枚目の用紙は、必ずはずしてから、患者様やご家族に渡してください。
記入済み用紙回収後は、内容を確認し、不明な点は必ず記入者へ再確認してください。

＜注意点＞

＊【作成年月日と作成者氏名】を忘れず記入してください。
＊患者様やご家族から聴取不可能な項目は、空白のままおいておくのではなく、聴取できなかった理由や状況をひとことコメント入力しておいてください！
＊アナムネ聴取者は聴取不十分や未確認な事や未入力があれば、受け入れ看護師に伝える等の配慮をお願いします。
＊翌日の日勤で必ず追加情報を聴取し入力！！！できなかったら次へ申し送る！！！
その際は運用マニュアルに従って「編集」から入力し、必要な情報を上書きする
＊師長・副師長・リーダーが承認後に情報を追加する場合は、「引用」から入力し、最上欄の文書コメント欄に「追加情報　ドメインO」と明記、最下欄に追加入力年月日と追加者氏名を忘れず記載してください。
＊ドメイン３・４・５・11・12の臨床症状内容の記入は、実際に受け入れ観察した看護師が入力する。それが追加入力となる場合は、上記の方法で入力してください。
＊患者様の大切な情報だという意識をもって、それぞれが責任をもち対処してください。

補助診療録として　不要
退院時病棟にて破棄

2010.6.25

W－4　循内

X－D－0611－0058

「看護基本情報聴取にあたって」の表紙になっていたもの。

W-4 循内 文書番号なし

救急外来看護記録

患者ID		84才					
患者名							
	/ 23:57	/ :	/ :	/ :	/ :	/ :	
体温	36.4						
脈拍	77						
血圧	141/76						
SPO2	96						
RR							

＜看護記事＞

23:55	病院到着 独歩
23:57	バイタル測定
59	12EKG.
0:02	SpO2 86% ⇒ 2L → 93%
	~~糖尿自己疾~~ 逆々血性疾
	・採血
	・X-P
	・右手 スーパーキャ 22G NS

本日 Wt 71.1kg
7/20 身長 161cm

一昨日より 股満感
・便秘傾向
・Hr 量減少

本日寝ていて
22時頃より 呼吸苦で
目が覚めた
↓
救外へ.

補助診療録として 不要
退院時病棟にて破棄

W-4 循内 文書番号なし

PCIチェックリスト

様　　ＰＣＩ施行日 9 月 15 日

曜日	項　目	サイン
前日までに	検査指示書の確認　□剃毛(必要時)　☑欠食入力　□同意書	
	PCI準備物品 ☑注射薬(注射オーダー)　☑手術着　☑帽子　☑浴衣式病衣 必要時→☑砂袋１kg　□バルーンカテーテル	
	患者への説明　(順番、絶飲食、当日の内服薬について)	
	患者・家族へＰＣＩ後について説明　(下記参照Ⅰ)	
	ＰＣＩ搬入用　□バスタオル　□Ｔ字帯(必要時)	
	集学入室時に持参する荷物の説明・確認(患者持参物は全てに名前を記入) □バスタオル　□歯磨きセット(入れ歯)　□箸 or スプーン　□下着 □寝のみ(又はコップ+ストロー)	準備説明済
当日集学入室時	ＰＣＩ持参物準備　□カルテ　□検査指示書　□同意書(スキャン確認)	
	集学治療病棟への持参物の確認 ☑ＩＤカード　□点滴指示書と点滴(オーダーされ病棟に届いている分) □患者持参物　□内服薬　~~＊必要時→□血糖指示書　□インシュリン~~	
	患者カテ室搬入後、集学治療病棟へ申し送り(事前に電話連絡をする)	
	患者・家族を集学治療病棟へ案内・場所の説明(下記参照Ⅱ)	
当日病棟直帰	帰室後 12 誘導心電図実施(処置伝票記入)	
	検査後指示書の確認、安静度の説明	
	欠食入力確認(急遽ＰＣＩとなった場合いつまで欠食かをＤｒへ確認、入力できていない場合は入力、入力時間が過ぎている場合は栄養部へ電話連絡を行う。)	

Ⅰ：患者へＰＣＩについて説明

1. ＰＣＩ終了後、空きがあれば集学治療病棟へ転棟し、経過良好であれば翌日 11 時に病棟看護師が車いす(場合によってはストレッチャー)で迎えに行く。
2. ＰＣＩ後の安静度は集学治療病棟へ入室後、医師・看護師の説明に従うように説明する。
3. 次の日一般病棟へ転棟する時は、元のベッドへ戻るため、持参物以外の荷物整理は不要だが、ベッド周囲を整理し貴重品は部屋に残さないように説明する。

Ⅱ：患者・家族へ説明

1. 患者搬入時、家族に付いてきてもらい、血管撮影室自動ドア前のソファーで待機してもらうように説明する。
2. 治療後患者は集学治療病棟へ入室するが、集学治療病棟より連絡（集学オリエンテーションやムンテラ）を受けるまでは、Ｗ４のデイルームまたは病室で待機してもらうように説明する。

2016.5.16　作成

補助診療録として 不要
退院時病棟にて破棄

入院紙ｶﾙﾃ磁気化ﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾄ調査1　NO.87

W－4　循内　文書番号なし

一時ペーシングチェック表

氏名

9月9日

	0時	3時	9時	12時	17時	21時
設定モード	VVI	VVI	VVI	VVI		
rate	60	60	60	60		
sense	3	3	3	3		
output	3	3	3	3		
サイン	福田	福田	オザワ	オザワ		

9月10日

	0時	3時	9時	~~12~~ 15時	17時	21時
設定モード			VVI	VVI		
rate			60	60		
sense			3	3		
output			3	3		
サイン			岡内	岡内		

9月11日

	0時	3時	9時	12時	17時	21時
設定モード			VVI	VVI	VVI	VVI
rate			60	60	60	60
sense			3	3	3	3
output			3	3	3	3
サイン			岡内	福田	岡内	島田

補助診療録として 不要
退院時病棟にて破棄

集学治療病棟 IABPの使用・点検表

診療科名: 循内

患者名:

施行終了日時: 2017年 8月24日

施行終了日時: 2017年 8月25日

No. 1

実施者	日付	時間	同期モード	拡張タイミング	収縮タイミング	アシスト比	オグメンテーション	バルーンの内圧波形	ヘリウム残量	ヘパリン生食残量	加圧バッグの圧	ACコード	バッテリー点灯	各接続部	バルーンカテーテル内血粉	抹消循環(触知、ドップラー)
	8/24	20:20	カルオート		0.0	1:1	10/10	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok 触知
	8/25	9:00	カルオート		0.0	1:1	10/10	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok
	/	:				:	/10									
	/	:				:	/10									
	/	:				:	/10									
	/	:				:	/10									
	/	:				:	/10									
	/	:				:	/10									
	/	:				:	/10									
	/	:				:	/10									
	/	:				:	/10									
	/	:				:	/10									
	/	:				:	/10									
	/	:				:	/10									
	/	:				:	/10									
	/	:				:	/10									
	/	:				:	/10									
	/	:				:	/10									
	/	:				:	/10									
	/	:				:	/10									
	/	:				:	/10									

補助診療録として 不要
退院時病棟にて破棄

N-4 循内 入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査I NO.88
文書参考なし

2014年11月10日改定

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.89

患者氏名

部屋番号　406
主治医
受持ち看護師

・ハイリスク　　ハイリスクになった日を書いてください。
/

[エアーマット]　有　・　(無)

・提出日　　集学/病棟　　年　月　日

種類　・リバーシブルPRO
○で囲む　・エバーフロートマットレス
・ビックセルEX
・ネクサス
・グランデ

[褥瘡時のブレーデンスケールの入力日]
（一週間毎/一ヶ月毎）

日付	サイン	日付	サイン
9/15		/	
9/22		/	
/		/	
/		/	
/		/	
/		/	
/		/	
/		/	
/		/	
/		/	
/		/	

★ 褥瘡回診（火）　有　・　無

		サイン
/	褥瘡評価シート提出	
/	回診時看護師	
/	褥瘡評価シート提出	
/	回診時看護師	
/	褥瘡評価シート提出	
/	回診時看護師	
/	褥瘡評価シート提出	
/	回診時看護師	

・終了日　　年　月　日

当日は直接担当NSが記載し、回診前に渡す

・終了計画書コピー提出　　未　・　済
（入院係へ）

W-4 循内
文書番号なし

・終了時のブレーデンスケール入力　未　・　済

・終了時の結果の評価入力　未　・　済

・看護記事に記載入力　未　・　済

2012 年 3 月 24 日作成

補助診療録として　不要
退院時病棟にて破棄

患者氏名（　　）環境整備チェックリスト　☆各勤務で清拭を行って下さい☆

	9/15			/			/			/			/			/			/			/		
	夜	日	長	夜	日	長	夜	日	長	夜	日	長	夜	日	長	夜	日	長	夜	日	長	夜	日	長
PC画面・キーボード																								
モニター・アラームボタン																								
点滴台																								
ＭＥ機器																								
人工呼吸器画面とボタン																								
ベッド柵・コントローラー																								
体温計・ペンライト・聴診器																								
吸引カート・吸引スイッチ																								
エコー（使用時）																								
片付け・ゴミ捨て																								
サイン																								

	/			/			/			/			/			/			/			/		
	夜	日	長	夜	日	長	夜	日	長	夜	日	長	夜	日	長	夜	日	長	夜	日	長	夜	日	長
PC画面・キーボード																								
モニター・アラームボタン																								
点滴台																								
ＭＥ機器																								
人工呼吸器画面とボタン																								
ベッド柵・コントローラー																								
体温計・ペンライト・聴診器																								
吸引カート・吸引スイッチ																								
エコー（使用時）																								
片付け・ゴミ捨て																								
サイン																								

補助診療録として　不要
退院時病棟にて破棄

H28年1月16日　ICU部署目標環境整備の強化チーム　改訂

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.90
W－4　院内　文書番号なし

W－4　循内　文書番号なし

経食道心エコー検査を受けられた方へ

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

補助診療録として　不要
退院時病棟にて破棄

☆検査後の注意事項☆

①のどの局所麻酔について

本日、経食道心エコー検査で、のどの局所麻酔を行いました。通常１時間くらいはのどのしびれが持続します。検査終了後１時間後（12：30）に水を１口飲んでみて、むせなければ水分・食事を取って、お薬を内服して下さい。

違和感が続くようであれば、さらに１時間後にもう一度同じことを試して下さい。

検査後、しばらくは唾液（つば）や喀痰（たん）に多少の血が混ざることがありますが、心配はありません。

②点滴麻酔をされた方について

お薬を使用して半日程度は麻酔の効果が続き、ボーっとした感じが残ることがあります。歩行時も転倒に十分注意して下さい。

車や自転車の運転は絶対にしないで下さい！！

③異常が半日以上続く場合には、下記までご連絡下さい。

平日１７時まで
○徳島大学病院　超音波センター：088（633）9311
○徳島大学病院　内科外来：088（633）7118
　循環器内科医師へ連絡を取ってもらうよう伝えて下さい。
平日１７時以降、土・日祝日
○徳島大学病院　時間外受付：088（633）9211
　事務当直に繋がるので、循環器内科医師へ連絡を取ってもらうよう伝えて下さい。

超音波センター　看護師
（2017/7/20 作成）

W-4 循内
文書番号なし

透析予定表

9 月

日 3	月 4	火 5	水 6	木 7	金 8	土 9
日 10	月 11	火 12	水 13	木 14	金 15	土 16
日 17	月 18	火 19	水 20	木 21	金 22	土 23
			ABL 血 HD予定表を送ってください 13:45以降	9~		
日 24	月 25	火 26	水 27	木 28	金 29	土 30
	9~		9~		9~	

10/1 ENT

月

日	月	火	水	木	金	土
日	月	火	水	木	金	土
日	月	火	水	木	金	土
日	月	火	水	木	金	土

補助診療録として 不要
退院時病棟にて破棄

W-4　循内
文書番号なし

平成病院　転院調整を行います。

□診療情報提供書は

□診療情報提供書の原本は

□看護サマリー ⟶ 師長チェック済

□転院決定時に最新版の提供書・サマリーを作成してください。

□退院支援計画書作成お願いします。

□地域連携基本情報作成してください。

□退院までにCD-R作成してもらってください。

転院日　9/26(火) 13~14°看

移動手段

補助診療録として 不要
退院時病棟にて破棄

W-4 循内 文書番号なし

※メモをテープで はっている

補助診療録として 不要
退院時病棟にて破棄

9/15 PCIですが
HCUに転棟なければ看護診断は
現在のものを使用して下さい。
あえて PCI(待期例)は立案しないで
下さい

9/14 山田

ID 入院紙カルテ磁気化入院時調査1_NO195

入院時チェックリスト

W-5 循内
文書番号なし

入院日 7月20日

循内

医師（

＊色付きの部分は医師が記入してください

	入院準備	サイン
クラーク又は看護師	①ベッドネーム	
	②体温計	
	③病棟用オリエンテーション用紙	
	④ベッドメイキング指示書記入	
	IDカード受領	
	入院手続き確認	
	個人情報同意書受領	
	＊個人情報同意しない患者を表示	
	病衣使用確認書　受領	
	測定　①身長（　　cm）	
	②体重（　　kg）	
	病棟内オリエンテーション	
	病室案内	
	入院確認	
	リストバンド出力、装着	
	同姓同名患者を表示	
	処置伝票準備	
	特別室入室申込書を記入してもらい1部を入院係りへ送る（個室・418・420・423）	
看護師	ベッド周囲の準備・チェック	
	オリエンテーション・挨拶	
	アナムネ聴取	
	入院診療計画書	
	①入院診療計画書を記入	
	②説明し、患者サインを受領	
	③管理栄養士のサインを受領	
	④スキャン依頼	
	褥創対策ｱｾｽﾒﾝﾄ（要・不要）	
	入院時預かり（無・有　　）	
	持参内服薬確認	
	患者リストバンド装着確認	
	尿測器使用説明	
	入院時検査をすべて実施	

抱え込み業務を減らしましょう！

日勤16時以降・準夜23時以降・長日勤20時以降・深夜8時以降で急患が来たとき黄色で色付けした部分は、抱え込まず次勤務者に移譲しましょう。
但し、基本情報は1枚目の家人の緊急連絡先などは入院時に情報を取っておきましょう。
後の細かな内容は、次勤務者などに移譲しましょう
新規サマリー枠は、退院チェックリストの項目内で網羅されているので、入院時は中止しましょう

		サイン
看護師システム	1，患者状態入力（15時までに）	
	看護必要度入力（15時までに）	
	2，患者基本情報入力	
	3，転倒転落防止基準	
	内服自己管理基準　入力	
	4，看護計画立案	
	5，ケア予定	
	6，新規サマリー枠作成	
	7，身長・体重・バイタルサイン（循環器は腹囲も）実施入力	
	8，患者基本の必要事項入力	
	障害情報	
	感染情報	
	薬剤禁忌情報	
	食物禁忌情報	
	アレルギー	
	9，総合評価ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞｼｰﾄ入力（65歳以上、40～65未満は特定疾病患者）	
	10，退院支援ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞｼｰﾄ入力（40未満・40歳以上65歳未満）	
	11，退院支援計画書	
師長	患者基本情報　承認	
	看護計画　承認	

その他　注意・連絡事項

補助診療録として 不要
退院時病棟にて破棄

H27/10月改訂

W-5 循内

0-S-0501-0196（入院される患者さんへ）

患者・家族の皆様へ

今回の入院にあたり、あなたとあなたのご家族の医療に対するお考えをうかがい、あなたの医療に役立てたいと思いますので、下記の質問によくお考えの上でご回答願います。

※なお後日、内容に変更がありましたら、担当医または看護師長にお知らせ下さい。

1 あなたは、ご自分の病気の検査内容・結果・治療方針、病状経過などについてどの程度、医師から説明を受けたいと思われますか。以下の希望するところに○印を付けて下さい。

○	①詳しく知りたい
	②簡単に知りたい
	③医師の判断にまかす
	④家族に説明して欲しい

①②④に○をされた方は次の中の項目を選んで○で囲んで下さい。
検査内容　必要性　他の検査方法の説明と選択　病名　病状　(経過予想)　治療方針　(治療方法の利点・欠点)　他の治療方法の説明と選択

2 あなたは、ご自分の病気は何だと思われますか。

サルコイドーシス

3 あなたの病気がたとえ治りにくい病気でも、本当の病名をお知りになりたいですか。

○	① はい
	② いいえ
	③ その他
	理由

4 あなたの病気の診断、治療について、他に説明して欲しい人がいましたら、1名選んで下さい。

その人の氏名	あなたとの関係
松本かなえ	長女

5 もし、あなたの病気が治りにくい病気として、家族、その他の方が、病名を告げることを反対している時、あなたはどうしますか。

○	①それでも自分の責任において正しい病名を知りたい。
	②家族、その他の人の意向に従う。
	③その他

6 その他、医療に関するあなたのお考えがありましたら、ご記入下さい。

補助診療録として 必要
※現在作成中
0-S-0201-0141
「患者・家族の皆様へ」
※病棟により様式が異なるため統一できないか？

記入日 29年 7月 20日　　記入者氏名

W-5 眼科
X-D-0611-0058

看護基本情報(成人)

患者プロフィール
氏名
住所
医学的診断

◆連絡先 ①重要他者の氏名 ①続柄
①住所 ①TEL 自宅: 携帯:
②重要他者の氏名 ②続柄
②住所 ②TEL 自宅: 携帯:
③重要他者の氏名 ③続柄
③住所 ③TEL 自宅: 携帯:

◆医師の説明内容

入院目的 □検査 □手術 □分娩 □化学療法(＊) □放射線治療(＊) □治療 □その他( )
現病歴・入院までの経過

補助診療録として 必要
※現在作成中の0-S-0201-0032「入院される患者の皆様へ(成人版)」と内容が類似している。様式統一できないか？

◆既往歴(＊) 無 有 不明
□癌 □高血圧 □糖尿病 □喘息 □結核 □心疾患 □脳血管障害 □その他( )

◆輸血の既往 無 有 不明

◆アレルギー
食物 無 有
薬剤 無 有
その他 無 有

家族歴 無 有 不明
□癌 □高血圧 □糖尿病 □喘息 □結核 □心疾患 □脳血管障害 □その他( )

◆社会福祉資源 身体障害者手帳 □無 □有 精神障害者手帳 □無 □有 □その他( )
介護認定(＊) 無 有 申請中 要介護度:要支援(＊) 1 2 要介護(＊) 1 2 3 4 5
特定疾病(＊) 無 有
◆ドナーカード 無 有 □臓器提供しない意思がある
□臓器提供する意思がある □心臓 □肺 □肝臓 □腎臓 □膵臓 □小腸 □眼球

◆現在使用している薬剤 無 有
抗凝固剤 無 有
◇サプリメントの利用 無 有
◇内服自己管理能力 無 有
◇内服薬誤薬(＊) 無 有 該当なし

◆患者・家族の要望

◇その他の関連情報

※「看護基本情報(成人)」２ページ目

領域(ドメイン)1 ヘルスプロモーション

◇どのようなことが健康であると思っていますか

自由に体を動かすこと

◇健康を維持するために生活上で注意していることや行っていることがありますか

(無) 有

◇喫煙歴 (無) 有 ( )本/日 ( )年 BI係数

過去に吸った経験 ( )本/日 ( )年 年 月 ～ 年 月 より禁煙

◇飲酒歴 無 (有) 過去の飲酒経験

種類と量 ビール 150ml / 4回/月

◇その他の関連情報

領域(ドメイン)2 栄養

◇身長 ~~146.0~~ cm ◇体重 ~~53.2~~ kg ◇標準体重 46.9 kg ◇BMI 25.0

TP 145.0 g/dl

◇ALB g/dl ◇HGB 45.0 g/dl ◇HCT %

◇T-Cho mg/dl ◇TG mg/dl ◇血Na mEq/l ◇血K mEq/l

◇血CL mEq/l ◇血Ca mg/dl ◇血Mg mEq/l

◇上腕三頭筋皮下脂肪厚 mm

◆食事は現在どのようにされていますか

☑経口 □経管 □点滴

<経口>

食事内容 ふつう (ごはん100g)

食事摂取量 ふつう

食事回数・時間 3回 (7:30, 12:, 19:)

水分摂取量

2016年6月5日) 食べたら 3つ ㊍ ぶくまいかん ㊍ 下剤 ㊍

<経管> □経鼻 □胃瘻(*) □腸瘻 □その他( )

内容・量

<点滴>

投与経路 投与方法 □持続点滴 □その他( )

内容・量

◆食事量の変化はありましたか(*)

無 有 (□減少 □増加) いつ頃から(今はなし)

◆症状の有無(*) (無) 有

□嘔気 □嘔吐 □腹痛 □食欲不振 □過食 □摂食障害 □咀嚼困難 □嚥下障害 □開口障害

□口渇 □味覚異常 □皮膚乾燥/粘膜乾燥 □浮腫 □腹水 □その他( )

◆義歯(*) (□無) □有 (□自己管理 □預かり) 個数

義歯の種類 □上顎 □部分床義歯 □全部床義歯

□下顎 □部分床義歯 □全部床義歯 前歯

◆体重の変化がありましたか(*)

無 (有) (5 Kg減少 Kg増加) 不明

いつ頃から 1年

◇その他の関連情報

補助診療録として 必要

※現在作成中の0-S-0201-0032「入院される患者の皆様へ(成人版)」と内容が類似している。様式統一できないか？

※「看護基本情報（成人）」３ページ目

領域（ドメイン）3　排泄

◇尿PH　◇尿比重　◇尿糖　◇尿蛋白
◇尿潜血　◇尿ビリルビン　◇尿ケトン体　◇血清尿素窒素　mg/dl
◇血清クレアチニン　mg/dl
◇動脈血ガス分析
PH　PaO2　mmHg　PaCO2　mmHg　HCO3　mmol/L　BE　mmol/L

◇経皮的動脈血酸素飽和度（SpO2）　%
酸素　無　有　ℓ　%　□経鼻　□マスク　□リザーバーマスク　□その他（　）

◇中心静脈圧（CVP）　mmHg

◆尿回数1日　7　回　夜間（＊）　1　回　◇尿量　ml/日
◇最終排尿　8/3
◇排尿に関しての症状　（無）　有
性状：□血尿　□混濁
状態：□排尿困難　□排尿痛　□残尿感　□尿失禁（＊）　□頻尿（＊）　□尿意不明
□その他
◇透析　（無）　有　いつから
（　）回／週

◇尿路カテーテル使用（＊）
（無）　有　カテーテルの挿入日　年　月　日　サイズ・種類等
尿路変更の有無
（無）　有　□腎瘻　□膀胱瘻　：カテーテルの挿入日　年　月　日
□回腸導管　□尿管皮膚瘻　：ストマの種類・管理方法等
自己導尿（＊）
（無）　有　カテーテルのサイズ・種類等

◆便回数　1　回／　3　日
◇最終排便　8/2
◆排便に関しての症状　（無）　有
性状　□硬便　□軟便　□泥状便　□水様便　□粘液便　□潜血便　□タール便　□下血
状態　□排便困難　□排便痛　□残便感　□便失禁（＊）　□下痢（＊）　□便秘（＊）
□便意不明　□便柱異常　□腹痛　□鼓腸　□その他（　）

◇便通調整のために行っていることはありますか
□無　□有　□緩下剤　□下剤　□浣腸　□座薬　□止痢剤　□その他（　）

◇人工肛門（＊）　（無）　有
ストマの種類・管理方法等

◆呼吸について問題と感じている症状や異常がありますか（無）　有

◇胸部X-Pの異常　無　有
所見

◇その他の関連情報

補助診療録として　必要
※現在作成中の0-S-0201-0032「入院される患者の皆様へ（成人版）」と内容が類似している。様式統一できないか？

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.100

※「看護基本情報(成人)」４ページ目

領域(ドメイン)4 活動/休息

◇体温(＊) 36.4℃ ◇呼吸数 18 回/分 ◇脈拍 64 回/分 (整) 不整

◇血圧 右手 128/67 mmHg 左手 / mmHg 部位( ) / mmHg

◇動脈血ガス分析

PH PaO2 mmHg PaCO2 mmHg HCO3 mmol/L BE mmol/L

◇経皮的動脈血酸素飽和度(SpO2) %

酸素 無 有 ℓ % □経鼻 □マスク □リザーバーマスク □その他( )

◇在宅酸素(HOT)(＊) 無 有 安静時 ℓ/min 活動時 ℓ/min

◇在宅人工呼吸器(＊) 無 有 機種 設定

◇中心静脈圧(CVP) mmHg

◇瞳孔の異常所見 無 有

瞳孔の大きさ 右 mm 左 mm

対光反射 右: 迅速 鈍 無反応 左: 迅速 鈍 無反応

◇眼球運動の異常所見 無 有

眼球の偏位 無 有 □右共同偏位 □左共同偏位 □上方偏位 □下方偏位

眼振 無 有 □水平性 □垂直性

◆現在、睡眠状態はどうですか 睡眠時間 1 時～ 7 時 (6 時間)

◆睡眠について何か問題はありますか

☑無 □有 □入眠障害 □中途覚醒 □早期覚醒 □熟眠障害 □いびき □その他( )

◇その対処方法はありますか 無 有

☑薬剤 □寝具の工夫 □飲み物 □その他( )

◆日常生活動作(ADL)を行う上で問題はありますか 無 有

食事
更衣
排泄(＊)
入浴・清潔
整容
口腔衛生
移動
服薬(＊)

なかなか…

Xガテ 度なし 防御自分 左1日にふうかりやすい

◇日常生活関連動作(IADL)を行う上で問題はありますか 無 有

買い物 車(ゆやトと玉ねぎかおもい
調理 おト
家事(掃除・洗濯)
金銭管理
公共交通機関の利用 使わないのでわからない

◇手足(四肢)の筋力に問題がありますか 無 有

MMT(徒手筋力テスト) 右上肢 /5 左上肢 /5 右下肢 /5 左下肢 /5

利き手 右 左

◇住環境はどうですか

☑一戸建て □アパート □マンション □その他( )

主に生活している階は何階ですか 1階 2階以上 階段: 無 有 エレベーター: 無 有

トイレ: 洋式 和式 寝具: ベッド 布団 浴室手すり: 無 有 シャワー: 無 有

2階

補助診療録として 必要

※現在作成中のQ-S-0201-0032「入院される患者の皆様へ(成人版)」と内容が類似している。様式統一できないか？

※「看護基本情報（成人）」５ページ目

◇何か余暇活動はしていますか　無　有

◆胸部症状はありますか
□無 □有 □動悸 □胸痛 ☑胸部圧迫感 □呼吸困難 □その他（ ）
増強因子
緩和因子

◇咳はありますか　無　有
□性状：□湿性 □乾性 □その他（ ）

◇痰はでますか　無　有
量：□多量 □中等量 □少量 □その他（ ）
性状：□粘性 □漿液性 □血性 □膿性 □その他（ ）
色調：□白色 □黄白色 □黄色 □黄緑色 □ピンク色 □褐色 □その他（ ）

◇呼吸音 ☑正常 □減弱 □消失 □左右差 □部位：

◆異常呼吸
☑無 □有 □無呼吸 □徐呼吸 □少呼吸 □多呼吸 □浅速呼吸 □過呼吸 □減呼吸
□チェーンストークス呼吸 □ビオー呼吸 □その他（ ）

◇努力呼吸 ☑無 □有 □下顎呼吸 □鼻翼呼吸 □陥没呼吸 □肩呼吸

◇起坐呼吸　無　有

◇チアノーゼ
□無 ☑有 □爪床 □四肢末端 □四肢 □上肢 □下肢 □顔面 □眼瞼 □口周辺 □全身
□その他（ ）

◆浮腫・腫脹
☑無 □有 □顔面 □眼瞼 □眼球結膜 □手背 □上肢 □下肢 □体幹 □陰部 □足背 □全身
□その他（ ）

◇静脈瘤 □無 ☑有 □右下肢 □左下肢 □会陰部 □その他（ ）

◆末梢冷感　無　有

◆ペースメーカーを植え込んでいますか　無　有
部位：　モード：　レート：

◇ペースメーカー手帳　無　有（持参　無）

◇その他の関連情報

補助診療録として 必要
※現在作成中の0-S-0201-0032「入院される患者の皆様へ（成人版）」と内容が類似している。様式統一できないか？

※「看護基本情報(成人)」６ページ目

領域(ドメイン)5　知覚/認知

◇意識レベル
□清明　□グラスゴーコーマスケール　E　　M　　V

◆見当識障害(＊)
無　有（　□人物　□場所　□時間　）　不明

◆感覚/知覚異常の有無
無　有　不明

◇視覚(＊)　無　有　不明　□近視　□遠視
視力：右　左
眼圧：右　左
装具：□無　□有　☑眼鏡　□コンタクトレンズ　□義眼(□右　□左　)　□その他(　)
病気・症状：□白内障　□緑内障　□幻視　□その他(　)

◇聴覚(＊)　無　有　不明
部位：□右　□左
病気・症状：□耳鳴　□めまい　□難聴　□聴覚消失　□幻聴　□その他(　)
補聴器：無　有（□右　□左）

◇運動覚　無　有　不明
部位：
症状：□麻痺(＊)　□しびれ(＊)　□ふらつき(＊)　□倦怠感　□平衡覚幻覚　☑その他(　)
必要な補助具：□装具　□歩行器(＊)　□車椅子(＊)　□杖(＊)　□その他(　)

◇触覚　無　有　不明

◇臭覚　無　有　不明

◇味覚(＊)　□無　□有　□不明
□甘味　□辛味　□苦味　□酸味　□幻味　□その他(　)

◇思考の体験様式の異常　無　有　不明
□強迫観念　□自生思考　□させられ体験　□思考吹入　□思考奪取　□思考伝播　□考想察知
□その他(　)

◇思考内容の異常(妄想)　無　有　不明

◆注意力・記憶力・理解力に関する問題(＊)　無　有　不明
◇認知機能の低下(＊)　無　有
◇徘徊(＊)　無　有

補助診療録として 必要
※現在作成中の0-S-0201-0032「入院される患者の皆様へ(成人版)」と内容が類似している。様式統一できないか？

※「看護基本情報（成人）」７ページ目

◆コミュニケーションに関する問題の有無
無　有　不明
□構音障害　□失語症　□気管切開（＊）　□気管挿管　□口腔疾患　□その他（　　）

コミュニケーション手段
□文字盤　□筆談　□手話　□読唇　□身振り　□人工咽頭　□その他（　　）

◇その他の関連情報

領域（ドメイン）6　自己知覚

◇自分自身をどのように思っていますか

◆病気になって変わったこと、できなくなったことはありますか
無　有
身体的外観の変化：
身体的機能の変化：　変わってる
生活習慣の変化：
人間関係の変化：　それぞれ変わりました
その他：

◇自己能力・価値・重要性及び成功の評価

◇その他の関連情報

領域（ドメイン）7　役割関係

◆ご家族についてお聞かせください（家族構成）

① 氏名：	続柄：	年齢：	住まい：	職業：	
コメント：					
② 氏名：	続柄：	年齢：	住まい：	職業：	
コメント：					
③ 氏名：	続柄：	年齢：	住まい：	職業：	
コメント：					
④ 氏名：	続柄	年齢：	住まい：	職業：	
コメント：					
⑤ 氏名：	続柄	年齢：	住まい：	職業：	
コメント：					

補助診療録として　必要
※現在作成中の0-S-0201-0032「入院される患者の皆様へ（成人版）」と内容が類似している。様式統一できないか？

◆ご本人の住まい（＊）
独居　日中独居有　日中独居無

◆ご本人の職業　無　有　（無の場合：元の職業　こども　）

※「看護基本情報（成人）」８ページ目

◆婚姻状況
□未婚 ☑既婚 □離婚 □死別 □別居 □内縁 □その他（　　）
◇ 配偶者：氏名　　年齢　　歳　　職業　　既婚　　年目　　健康状態
1985年

◇入院中に生じる問題はありますか
無　有　□職場　□家族　□地域　□学校　□その他（　　）

◆入院中にあなたを支援したり協力してくれる人はいますか
無　有　　氏名　夫　　続柄

◇育児・養育・介護に関してお答えください

◇母乳栄養を実施する過程で問題がありますか
無　有

◇その他の関連情報

領域（ドメイン）8　セクシュアリティ

◇性・生殖機能について気になる問題がありますか
無　有

◇月経は規則的ですか　　規則的　不順　無

◇月経周期は何日周期ですか　　日周期
◇月経の持続期間は何日ぐらいですか　　日
◇初潮は何歳でしたか　　歳
◇閉経されたのは何歳でしたか　　歳

◇現在妊娠していますか
はい　いいえ　不明　　予定日　　年　月　日　入院時妊娠週数

◇その他の関連情報

補助診療録として 必要
※現在作成中の0-S-0201-0032「入院される患者の皆様へ（成人版）」と内容が類似している。様式統一できないか？

※「看護基本情報(成人)」９ページ目

領域(ドメイン)9 コーピング/ストレス耐性

◇これまでにストレスと感じるような大きな出来事がありましたか

無 (有)

急に行方不明になることがある。

◇これまでにストレスと感じる出来事があった場合、どのように対処しましたか

なだめたりすかしたり家族にまかせてもらう

◆現在、ストレスと感じていることやそのために起こっている身体的・精神的症状などがありますか

無 有

□不安感 □恐怖感 □悲嘆 □絶望感 □喪失感 □無力感 □うつ状態 □自殺企図
□希死念慮 □罪悪感 □怒り □パニック □イライラ感(焦燥感) □攻撃性 □依存的
□緊張 □その他

◇現在ストレスと感じる出来事があった場合、どのように対処していますか

◇支援システムや地域資源を利用していますか 無 有

◇その他の関連情報

領域(ドメイン)10 生活原理

◇日頃、大切にしている習慣・行動等が有りますか 無 有

◆今までに治療指示を守れなかったり、中断したことが有りますか (無) 有

◇人生において重要と考えている事柄は有りますか 無 有

◆宗教上や信念のために、受け入れられない治療が有りますか (無) 有

◇その他の関連情報

補助診療録として 必要
※現在作成中の0-S-0201-0032「入院される患者の皆様へ(成人版)」と内容が類似している。様式統一できないか？

※「看護基本情報(成人)」１０ページ目

領域(ドメイン)11　安全/防御

◇WBC　×1000/μl　◇CRP　mg/dl　◇RBC　×1000000/μl
◇HGB　g/dl　◇HCT　%　◇PLT　×1000/μl
◇TP　g/dl　◇ALB　g/dl　◇FBS　mg/dl　◇HbA1c:NGSP　%　◇体温　℃

◆感染の兆候の有無(＊)　無　有

◆転倒転落・失神したことが有りますか(＊)　無　有

◆足腰の弱り、筋力の低下、ふらつきがありますか(＊)　無　有

◆皮膚や組織の異常の有無　無　有
褥瘡(＊):　無　有
部位:　□仙骨部□座骨部□尾骨部□大転子部　□踵部　□胸部　□頸部　□その他(　　)

□擦過傷　□打撲創　□骨折　□出血斑　□発赤　□皮膚の湿潤　□水疱　□潰瘍　□瘢痕
□発疹　□熱傷　□手術創　□黄疸　□その他(　　)

◇粘膜の異常の有無　無　有
□口腔粘膜　□鼻粘膜　□角膜　□肛門　□陰部　□その他(　　)

◇舌の異常の有無　無　有

◇口臭の有無　無　有

◇唾液の分泌異常の有無　無　有

◇歯の異常の有無　無　有

◇自分や他者に対して有害となりうる行動の危険性(＊)
無　有

◇体内金属の有無　無　有

◇その他の関連情報

補助診療録として 必要
※現在作成中の0-S-0201-0032「入院される患者の皆様へ(成人版)」と内容が類似している。様式統一できないか？

※「看護基本情報(成人)」　１１ページ目

領域(ドメイン)12　安楽

◆身体的苦痛(疼痛・不快)はありますか　　無　　有

痛みの部位:

痛みの種類:　□刺す　□うずく　□灼ける　□鋭い　□鈍い　□脈打つような　□切り裂くような
□その他(　　)

痛みの強さ:

痛みの開始時期:

痛みの接続時間:

鎮痛剤の使用と効果:

増悪因子:

緩和因子:

鎮痛の期待レベル:

不快な自覚症状:　□嘔気　□嘔吐　□食欲不振　□その他(　　)

◆精神的苦痛(環境的・社会的)はありますか

無　　有

◇その他の関連情報

領域(ドメイン)13　成長/発達

◇最近、身体・精神上できなくなったと自覚することがありますか

無　　有

長(身体的発達)についてこれまでに指摘されたことがありますか

無　　有

◇精神的・社会的発達についてこれまでに指摘されたことがありますか

無　　有

◇その他の関連情報

補助診療録として　必要

※現在作成中の0-S-0201-0032「入院される患者の皆様へ(成人版)」と内容が類似している。様式統一できないか？

手術患者チェックリスト(眼科)

患者名([redacted] 殿) 手術日 2019年 7月 21日

		サイン
術二日迄	ガウン・ソフトキャップの用意、リストバンド着用	
	手術着(全麻)の用意	
	手術指示書の看護師記入欄(その他特記事項)への記入	
	手術オリエンテーション、糖尿病薬、インスリン、降圧剤、抗凝固剤等の説明	
	手術・麻酔同意書を受け取った場合は記事入力する	
術前日	洗髪、清拭またはシャワー、爪きり、髭剃り	
	食事・水分制限の説明	
	手術欠食(朝・昼・夕)入力の確認	
	術当日の内服薬の確認・説明(糖尿病薬、降圧剤、抗凝固剤・その他)	
	術当日のインスリンの確認・説明	
術当日(前)	食事・水分制限の説明、確認 (ま)	
	内服薬の確認	
	血糖測定、インスリンの確認・施行	
	指輪、時計、ピン、義歯、コンタクトレンズの除去	
	術前バイタルサイン測定、手術指示書への記録	
	担送準備(タオル・バスタオル・ベッドネーム・スタンド・持参物)	
	酸素ボンベ(全麻)	
	更衣→ガウン・帽子・手術着、リストバンド装着確認	
術後	血糖測定、インスリンの確認・施行	
	水分・食事開始時間の説明	
	安制度、体位の説明。腹臥位のPtには下向き用枕の準備	

2016.10.31 改訂

＊各項目、不必要な箇所は／線を入れて下さい。担当者が実施後サインをして下さい。

W-5 眼科 文書番号なし

補助診療録として 不要
退院時病棟にて破棄

手術指示書と一緒にホチキスで
とめられていた。

入院経路電子化プロジェクト調査1 NO.109

W-9 循内 文書番号なし

※身体拘束に関する
説明同意書と一緒にホチキスどめ
されていた。

平成19年2月14日作成

抑制帯使用時のフローシート

アセスメント

□意識障害、興奮状態がある。或いは発達段階により身体の危険を予知できない。
□自傷、自殺行為や他人に危害を与える可能性が高い。
□治療上必要な体位や安静が保持できない。
□気管内チューブ、IVH、その他点滴や治療のためのチューブを抜いてしまう危険性がある。
□転倒・転落の危険性が高い。

Yes

「身体行動制限（抑制）に関する説明同意書」で説明し、同意を得る

同意あり

身体拘束実施

同意なし

代替の方法を考える

不可抗力の場合

複数の医師で協議、判断する

身体拘束実施

□医師の指示
□説明と同意
（同意書がある）

抑制中の観察とケアを行なう
記録を行なう

＊同意書がなく、緊急に抑制の必要性が生じた場合は、事後に説明を行い、同意書を得る。

No

身体拘束実施せず

補助診療録として 不要
退院時病棟にて破棄

＊1日1回以上、複数のスタッフで抑制継続の必要性をアセスメントし、診療録に記載する。

入室時持ち物チェックリストと両面印刷のもの

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.110

W-9 循内 文書番号なし

内服薬チェック表

【内服の確認方法】
チェック表には薬剤名のみの記載でよい。
薬袋に残薬の記載があれば毎回のチェックは不要。

薬剤名	持参日	移動 /	移動 /	移動 /	移動 /	返却・退室
	月日・サイン	サイン・受け取り	サイン・受け取り	サイン・受け取り	サイン・受け取り	月日・サイン
カロナール (200)	8/23 (川端)	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
スローケー (600)	8/23 (川端)	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
サムスカ (7.5)	8/23 (川端)	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
ルプラック (8)	8/23 (川端)	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
	/ ( )	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
	/ ( )	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
	/ ( )	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
	/ ( )	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
	/ ( )	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
	/ ( )	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
	/ ( )	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
	/ ( )	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
	/ ( )	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
	/ ( )	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
	/ ( )	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
	/ ( )	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
	/ ( )	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
	/ ( )	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
	/ ( )	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
	/ ( )	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
	/ ( )	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
	/ ( )	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
	/ ( )	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
	/ ( )	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )
	/ ( )	(:)	(:)	(:)	(:)	/ ( )

補助診療録として 不要
退院時病棟にて破棄

※内服薬セット名を表面印刷のため

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.111

W-9 循内 文書番号なし

入室時持ち物チェックリスト

科名(循内 科) 氏名(様) 入室日(8/21)

	受け取り日	移動 8/22 (401②→402①)	移動 8/23 (402①→W-4)	移動 / (→)	返却・退室
	月日 サイン	サイン・受け取りサイン	サイン・受け取りサイン	サイン・受け取りサイン	月日 サイン
IDカード	(8/21 ツルタ)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
入院カルテ (循内 科)	(8/21 フクオカ)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
(科)	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
(科)	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
外来カルテ・到着確認	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
(科) ( )	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
(科) ( )	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
CD−R: 枚	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
内服薬・冷内薬 (裏に記載)	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
義歯 (上: 個・下: 個)・ケース	(/ :)	(なし :)	(:)	(:)	(/ :)
眼鏡・ケース	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
補聴器・ケース	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
電気髭剃り・コード・ケース・キャップ・ブラシ	(8/21 フクオカ)	(なし :)	(:)	(:)	(/ :)
お守り: 個	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
ティッシュ	(/ :)	(なし :)	(:)	(:)	(/ :)
コップ	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
吸い飲み・キャップ・ブラシ	(8/21 フクオカ)	(なし :)	(:)	(:)	(/ :)
歯磨き粉	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
歯ブラシ: 本・キャップ: 個	(8/21 フクオカ)	(なし :)	(:)	(:)	(/ :)
歯間ブラシ: 本	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
はし・ケース・割りばし	(8/21 フクオカ)	(なし :)	(:)	(:)	(/ :)
スプーン 本・フォーク 本	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
ストロー	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
衣類・靴下・ミトン・エプロン (下着)	(8/21 フクオカ)	(なし :)	(:)	(:)	(/ :)
靴・スリッパ	(8/21 フクオカ)	(なし :)	(:)	(:)	(/ :)
バスタオル・タオル	(8/21 フクオカ)	(なし :)	(:)	(:)	(/ :)
オムツ・パット・長方形オムツ	(8/21 フクオカ)	(なし :)	(:)	(:)	(/ :)
お尻拭き 休止	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
腹帯・胸帯・バストバンド	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
T字帯	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
弾性ストッキング	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
ビニール袋	(8/21 フクオカ)	(なし :)	(:)	(:)	(/ :)
リップクリーム	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
シャンプー・リンス	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
ボディーソープ	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
くし・ブラシ・鏡	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
DVD: 枚・CD: 枚	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
本: 冊	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
イヤホン	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
ミルトン容器・消毒液・消毒粒	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
哺乳瓶: 本・乳首: 個・キャップ: 個	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
粉ミルク・冷凍母乳	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
おしゃぶり: 個・キャップ: 個	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
タブデント	(8/21 フクオカ)	(なし :)	(:)	(:)	(/ :)
ポリグリップ2本	(8/22 [illegible])	(:)	(:)	(:)	(/ :)
アイス	(8/22 [illegible])	(:)	(:)	(:)	(/ :)
ゼリー・ポリグリップ・ヨーグルト	(8/22 [illegible])	(:)	(:)	(:)	(/ :)
	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)
	(/ :)	(:)	(:)	(:)	(/ :)

補助診療録として 不要
退院時病棟にて破棄

入退室時、ベッド移動時に担当NSがチェックリストに記入して下さい。 持ち物にはすべて名前を書いてもらって下さい。
現金・宝飾品・不要なものは速やかに返却して下さい。 用紙は退室時、集学病棟所定の場所に保管して下さい。

2015.2.11

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.112

■ICU 入室時に取得する頻度の高い同意書関連の取り扱い方法、記事記載について

	チェック	①	②	③	④	⑤	⑥
病衣申込み用紙	福岡	記入/説明 ✓	控え渡す ✓	原本スキャン ✓			
抑制同意書	福岡	記入/説明 ✓	コピー ✓	コピーを渡す ✓	原本スキャン ✓	同意書取得した旨記事記載 ✓	
口腔ケア同意書 提出保留	福岡	記入/説明 ✓	コピー ✓	コピーを渡す ✓	原本スキャン ✓		
DVT 同意書	糸村	記入/説明	コピー ✓	コピーを渡す	原本スキャン ✓	同意書取得した旨記事記載	
入院診療計画書	✓	看護師入力 ✓	栄養士サイン ✓	家族サイン ✓	コピースキャン ✓	原本渡す ✓	同意書取得した旨記事記載 ✓
個人情報同意書	福岡	記入/説明 ✓	控え渡す ✓	原本スキャン ✓			
感染チェック同意書	福岡	記入/説明 ✓	控え渡す ✓	原本スキャン ✓			
※看護計画立案(番外編)	福岡	説明 ✓				同意得た旨を記事記載 ✓	

補助診療録として 不要
退院時病棟にて破棄

■上記以外の各種文書の取り扱い方法

	チェック			
家族付き添い許可願・許可証		コピー：患者に渡す	原本：カルテ	原本をスキャン
外泊許可願・許可証		コピー：患者に渡す	原本：カルテ	原本をスキャン
輸血説明書・同意書		説明書：原本渡す/コピーはカルテ	同意書：コピー渡す/原本はカルテ	
上記以外の説明書		原本：患者に渡す	コピー：カルテ	コピーをスキャン
上記以外の同意書		コピー：患者に渡す	原本：カルテ	原本をスキャン
上記以外の計画書		原本：患者に渡す	コピー：カルテ	コピーをスキャン
総合評価スクリーニングシート		原本：患者に渡す	コピー：カルテ	コピーをスキャン

W－9 循内 文書番号なし

入院紙ガルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.113

W-9 循内 文書番号なし

集学治療病棟 看護師 申し送り内容一覧表

患者氏名

記載日	内容	記載者	実施日	実施者	備考欄
	体重0点設定 ・オムツ1枚(M)サイズ、パット( )枚 ・寝衣(L)サイズ ・その他( ) ・ベッドボード あり ・ なし				
	リハビリ紹介：(あり)・なし ※紹介なしの場合集学医師へ依頼				リハビリ紹介できたら 紹介日を記載(8/22)
8/21	~~サムスカですが、8/22は手術当日飲みで~~ ~~飲まなくてよいとのことですが手術後入ってません~~ 8/22	斎村	斎村	猪家	
8/22	冷蔵庫に、アイス、 冷凍にゼリー、ヨーグルト、パン あります。	河原			
8/23	~~両下肢、右手の赤みは以前からあり~~ ~~落ちつけば皮膚科に紹介予定です。~~ 8/24 済 菊池 by 循内 西條R				

補助診療録として 不要
退院時病棟にて破棄

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.114

W-2　消内

文書番号なし

ID:

OP室ESD用　病棟指示書

※指示書ではない
チェックリスト

消化器内科　患者氏名

指示日時	開始日時	指示内容	Dr/Ns
		・ESDの内容説明を行います。　月　日夕方に予定しますのでご家族の方に同席いただくよう説明してください。	
		・ムコアップを5V用意してください。SPDシールの取り扱いに注意してください。	藤
		＜治療当日の流れ＞ ・午前9時にガスコンドロップ＋プロナーゼ＋炭酸水素ナトリウムを微温湯に溶いて内服し体位変換を10回以上行う ・生食100mlで静脈路確保し、セフメタゾンを側管から投与 ・オメプラゾールを側管から投与 ・点滴終了したら抜針 ・搬入時間が決定すれば連絡します	
		＜術後管理＞ ・帰室時の点滴は残破棄として当日オーダーしている輸液に切り替えてください ・安静度やモニター管理などはパス通りの管理を継続してください	

※指示書ではない
（病棟確認済）
補助診療録として　不要
退院後は病棟にて破棄

W-7 消内 文書番号なし

TAE術後指示書

施行日(9月19日)
主治医(近藤由香)
指示受けNs(菊川)

患者氏名([redacted])

☆輸液速度
☑120ml/h □その他(ml/h)

☆尿量

	時間	尿量	尿比重	コメント	Nsサイン
帰室時	10:50	588 ml	1.005		菊川
6時間後	16:50	552 ml	1.011		内村
12時間後	22:50	396 ml	1.017		阿部
18時間後	4:50	478 ml	1.017		阿部

夜間尿量300ml以下の時：
□輸液速度 120ml/hのままで様子観察
☑輸液速度 150ml/hにup
□主治医call

スキャン 必要
0-S-0401-0133
「TAE術後指示書」
※病棟での紙運用であったため、三好先生へ確認し、現在作成中。
（電子カルテへ設定の予定）

☆特別指示
疼痛時: ☑ペンタジン 1A + 生食 100ml div
□その他( )
発熱時： ☑38℃以上でカロナール 200mg 2T内服
□その他( )
嘔気時： ☑プリンペラン 1A iv
□その他( )

以下の時、主治医call
◎血圧 ☑80mmHg以下が持続した時、□その他( )
◎腹痛
◎出血

☆安静度
☑枕子除去後、ベッド上寝返り可 → 安静解除、病棟内歩行可
□術後5時間後
☑翌朝
□指示あるまで

☆翌朝
☑輸液速度 80ml/h
☑尿バルーン抜去
□主治医診察後、指示にて上記施行

2015.4.1

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.116

W-7 消内 文書番号なし (½枚目)

スキャン済

スキャン 必要
0-S-0601-0120
「InBody」

InBody [InBody770]

ID	身長	年齢	性別	測定日時
[redacted]	m	65	男性	2017.09.25. 17:20

体成分分析 Body Composition Analysis

	測定値	体水分量	筋肉量	除脂肪量	体重
体水分量 Total Body Water (L)	47.0 (33.3~40.7)	47.0			
タンパク質量 Protein (kg)	12.0 (8.9~10.9)		59.7 (42.8~52.3)	63.4 (45.3~55.3)	98.3 (50.3~68.1)
ミネラル量 Minerals (kg)	4.36 (3.08~3.76)	骨外ミネラル量			
体脂肪量 Body Fat Mass (kg)	34.9 (7.1~14.2)				

筋肉-脂肪 Soft Lean-Fat Analysis

	低	標準	高
体重 Weight (kg)	55 70 85 100 115 130 145 160 175 190 205 %		98.3
筋肉量 Soft Lean Mass (kg)	70 80 90 100 110 120 130 140 150 160 170 %		59.7
体脂肪量 Body Fat Mass (kg)	40 60 80 100 160 220 280 340 400 460 520 %		34.9

肥満指標 Obesity Index Analysis

	低	標準	高
BMI Body Mass Index (kg/m²)	10.0 15.0 18.5 22.0 25.0 30.0 35.0 40.0 45.0 50.0 55.0		36.5
体脂肪率 Percent Body Fat (%)	0.0 5.0 10.0 15.0 20.0 25.0 30.0 35.0 40.0 45.0 50.0		35.5

部位別筋肉量 Segmental Lean Analysis

標準体重基準 ■ 現在体重基準 ■

	低	標準	高	ECW/TBW
右腕 Right Arm (kg)	55 70 85 100 115 130 145 160 175 %		3.43	0.392
(%)			103.7	
左腕 Left Arm (kg)	55 70 85 100 115 130 145 160 175 %		3.36	0.394
(%)			101.6	
体幹 Trunk (kg)	70 80 90 100 110 120 130 140 150 %		25.8	0.407
(%)			97.9	
右脚 Right Leg (kg)	70 80 90 100 110 120 130 140 150 %		10.93	0.405
(%)			118.8	
左脚 Left Leg (kg)	70 80 90 100 110 120 130 140 150 %		10.51	0.416
(%)			114.2	

体水分均衡 ECW/TBW Analysis

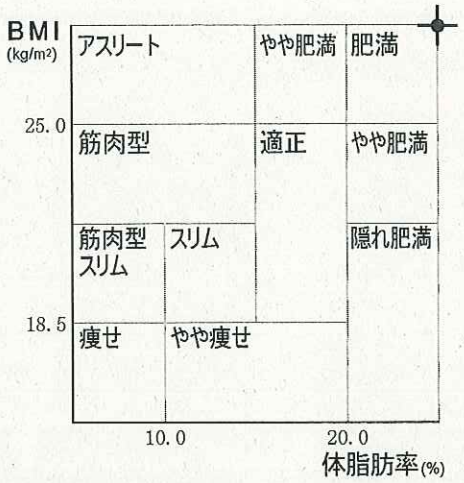
	低	標準	やや高	高
細胞外水分比 ECW/TBW	0.320 0.340 0.360 0.380 0.390 0.400 0.410 0.420 0.430 0.440 0.450			0.407

体成分履歴 Body Composition History

	17.06.26 16:12	17.06.26 16:15	17.09.25 17:20
体重 Weight (kg)	94.7	94.4	98.3
筋肉量 Soft Lean Mass (kg)	56.9	56.7	59.7
体脂肪率 Percent Body Fat (%)	36.5	36.4	35.5
細胞外水分比 ECW/TBW	0.406	0.406	0.407

☑最近 □全体

体型評価 Body Type



体重調節 Weight Control

適正体重	74.6 kg
体重調節	−23.7 kg
脂肪調節	−23.7 kg
筋肉調節	0.0 kg

栄養評価 Nutrition Evaluation

タンパク質量	☑良好	□不足	
ミネラル量	☑良好	□不足	
体脂肪量	□良好	□不足	☑過多

筋肉均衡 Lean Balance

上半身均衡	☑均衡	□やや不均衡	□不均衡
下半身均衡	□均衡	☑やや不均衡	□不均衡
上下均衡	□均衡	☑やや不均衡	□不均衡

部位別体脂肪量 Segmental Fat Analysis

右腕	(2.9kg)	537.9%
左腕	(2.9kg)	550.7%
体幹	(16.2kg)	433.3%
右脚	(5.8kg)	379.9%
左脚	(5.6kg)	368.9%

研究項目 Research Parameters

細胞内水分量	27.9 L	(20.6~25.2)
骨格筋量	34.3 kg	(25.1~30.7)
基礎代謝量	1740 kcal	
腹囲	97.5 cm	
骨ミネラル量	3.67 kg	(2.54~3.10)
体細胞量	39.9 kg	(29.5~36.1)

インピーダンス Impedance

Z(Ω)	右腕	左腕	体幹	右脚	左脚
1 kHz	249.4	250.8	15.8	131.9	133.7
5 kHz	243.3	246.1	15.3	129.3	131.3
50 kHz	220.3	224.9	13.6	119.7	121.7
250 kHz	201.3	206.8	11.9	109.4	112.5
500 kHz	194.6	200.4	11.0	107.2	111.0
1000 kHz	189.0	195.4	9.1	105.9	109.0

Copyright©1996~by InBody Japan Inc. All rights reserved. IR-JPN-770R-160328

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.117

W-7 消内 文書番号なし
(3/2 枚目)

InBody770 結果項目の見方

※InBody裏面(スキャン必要)

体成分分析 Body Composition Analysis

人の体は大きく分けて体水分・タンパク質・ミネラル・体脂肪で構成されています。これらの成分の均衡がとれている時に、我々の体は健康な状態と言えます。

体水分量 Total Body Water

健常者の体重の約50~70%が水分であり、体水分は摂取した栄養素を体の細胞に届け、老廃物を外に排出できるよう運搬の役割をしています。
体水分は更に細胞を構成する細胞内水分と血液や間質に存在する細胞外水分に分かれ、その均衡が悪くなるとむくみが現れやすくなります。

タンパク質量 Protein

タンパク質は体水分と共に筋肉を構成する主な成分です。タンパク質が足りないことは細胞の栄養状態がよくないことを意味します。

ミネラル量 Minerals

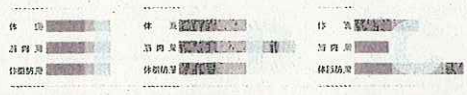
ミネラルの約80%は骨にあり、人体を支持する役目をします。足りないと骨粗鬆症や骨折の危険性が高まります。

体脂肪量 Body Fat Mass

食事で摂取した栄養素は消化吸収の後、活動に必要なエネルギーとして使われますが、余分なエネルギーは脂肪細胞に蓄積され、肥満の原因になります。

筋肉・脂肪 Soft Lean-Fat Analysis

単に体重が多いことで肥満等を心配する必要はありません。それより大切な事は、体を構成している筋肉と体脂肪の均衡です。体重・筋肉量・体脂肪量の各棒グラフの先端を結んだ形によって、普通型・強靭型・肥満型等に分かれます。



標準体重普通型　標準体重強靭型　標準体重肥満型

筋肉量は主に体水分とタンパク質で構成されている除脂肪軟組織を意味し、骨格筋・内臓筋・心臓筋などを含む筋肉成分の総量です。骨格筋量は自分の意志で動かせる随意筋のみを示しており、研究項目から確認できます。

肥満指標 Obesity Index Analysis

BMI(kg/㎡)

体格指数(Body Mass Index)といって、身長と体重のみで肥満可否を判定するため、見かけの肥満度を意味します。

BMI(kg/㎡)＝体重(kg)÷身長(㎡)

体脂肪率(%)

体脂肪率は体重に対する体脂肪の割合を意味します。

体脂肪率(%)＝体脂肪量(kg)÷体重(kg)×100

部位別筋肉量 Segmental Lean Analysis

腕・体幹・脚の筋肉量を分析します。筋肉量は普段の運動量や活動量によって変動するため、運動効果をそのまま表す項目です。上の棒グラフは各部位の筋肉量の実測値で、身長から求めた標準体重に対する筋肉量の比較を表し、下の棒グラフは現在体重に対する筋肉量の比較を表します。

体水分均衡 ECW/TBW Analysis

細胞外水分と細胞内水分を分離測定し、体水分に対する細胞外水分の比を表します。健常者の場合、細胞内水分と細胞外水分の比が一定に維持されますが、何らかの原因によって細胞外水分が増加すればむくみが発生します。

体成分履歴 Body Composition History

測定時に同じIDで測定すると、そのIDの履歴データが折れ線グラフで表示されます。体重・筋肉量・体脂肪率・細胞外水分比が確認できます。

体重調節 Weight Control*1

理想的な体成分均衡になるための筋肉調節量と脂肪調節量を意味します。適正体重は体成分状態を考慮するため、筋肉量が標準より多い人の場合、適正体重が標準を上回ることがあります。

総合評価 Total Evaluation*1

体成分測定結果を誰でも簡単に判定できるようにした項目です。チェック(✓表示)が標準・良好・均衡に多ければ望ましい状態であり、それ以外に多ければ、健康に影響を及ぼす体成分均衡の崩れが懸念されます。

部位別体脂肪量 Segmental Fat Analysis*1

腕・体幹・脚の体脂肪量を分析します。棒グラフの長さは標準体重に対する体脂肪量の比較を意味します。

部位別水分量 Segmental Body Water Analysis*1

腕・体幹・脚の体水分量を分析します。体水分は筋肉の主な構成成分であり、部位別水分量の評価は必ず部位別筋肉量に比例します。

研究項目 Research Parameters*1

栄養評価や生活習慣の指導に役立つ項目を中心に構成されています。骨格筋量、基礎代謝量、骨ミネラル量、体細胞量などの項目を提供します。

インピーダンス Impedance

部位別・周波数別にインピーダンスを表示します。インピーダンスは周波数を持つ交流電流が体水分に沿って流れる際に発生する抵抗であり、体成分を算出するための基データです。また、InBody測定が最後まで正常に行われた場合、インピーダンスは各部位と周波数に相応する値が計測されるので、測定エラーを判定できる指標になります。

*1 結果用紙の右側に表示される備考は、管理者による機器の設定に応じて説明と異なる場合があります。

⚠ 計画性のない無理な運動や過度な食事制限は望ましくありません。体成分改善のために運動や食事制限をする際は、必ず専門家とご相談ください。

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.118

W-7 消内
Cardiac Catherization Report
(0-S-0604-0008)と同様のもの？→ちがう
(感熱紙)検査結果に含める？(Dr)

カテーテル検査レポート　　通常検査　　検査日:2017年10月20日

患者ID　　患者名
生年月　　性別:　　体重: 38.7 kg　BSA: 1.30 m²

◆

15:24:06	Sys: 111	Dia: 72	Mean: 82	5分	SpO2: 99	PR: 75	HR: 71
15:25:20	Sys: 107	Dia: 62	Mean: 70	5分	SpO2: 99	PR: 69	HR: 63
15:30:21	Sys: 106	Dia: 64	Mean: 81	5分	SpO2: 99	PR: 72	HR: 71
15:35:21	Sys: 109	Dia: 61	Mean: 76	5分	SpO2: 98	PR: 67	HR: 66
15:40:21	Sys: 105	Dia: 59	Mean: 70	5分	SpO2: 99	PR: 66	HR: 65
15:45:21	Sys: 103	Dia: 56	Mean: 70	5分	SpO2: 99	PR: 71	HR: 73
15:50:22	Sys: 110	Dia: 63	Mean: 76	5分	SpO2: 99	PR: 81	HR: 82
15:55:21	Sys: 107	Dia: 59	Mean: 67	5分	SpO2: 99	PR: 79	HR: 78
16:00:22	Sys: 103	Dia: 56	Mean: 76	5分	SpO2: 99	PR: 79	HR: 78
16:05:22	Sys: 98	Dia: 55	Mean: 68	5分	SpO2: 98	PR: 73	HR: 72
16:10:20	Sys: 106	Dia: 56	Mean: 75	5分	SpO2: 99	PR: 79	HR: 79
16:15:21	Sys: 107	Dia: 53	Mean: 76	5分	SpO2: 99	PR: 82	HR: 83
16:20:21	Sys: 106	Dia: 53	Mean: 76	5分	SpO2: 99	PR: 81	HR: 81
16:25:21	Sys: 107	Dia: 53	Mean: 65	5分	SpO2: 99	PR: 82	HR: 82
16:30:20	Sys: 107	Dia: 55	Mean: 66	5分	SpO2: 98	PR: 83	HR: 83
16:35:20	Sys: 108	Dia: 55	Mean: 66	5分	SpO2: 97	PR: 81	HR: 81
16:42:23	Sys: ---	Dia: ---	Mean: ---	5分	SpO2: ---	PR: ---	HR: ---

補助診療録として 必要
0-S-0601-0119
「カテーテル検査レポート」

病院名

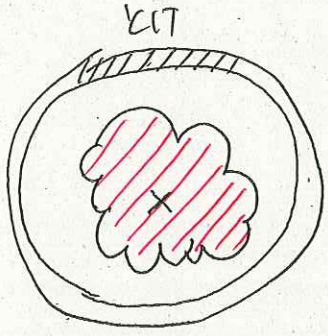
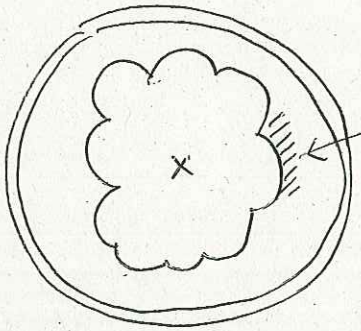
W-7 消内
文書番号なし、両面印刷
(2枚中、1枚目)

ストマ種類

・(回腸ストーマ/横行結腸ストーマ/S状結腸ストーマ/回腸導管/尿管皮膚瘻)

・ストーマ造設箇所・PL関から見た位置(右腸上・右腸下・左腸上・左腸下・その他:)

・双孔式・単孔式

①貼り付け期間 10月14日 ~10月16日 (4 日間	①貼り付け期間 10月19日 ~ 月 日 (日
・装具の剥け具合 12時頃やや とけ	・装具の剥け具合
・写真  45mm	・写真 
②使用装具・アクセサリー パーフォールドアップ×3	②使用装具・アクセサリー
③サイズ (縦: 4.2 mm・横: 4.5 mm・高さ: mm)	③サイズ (縦: mm・横: mm・高さ: mm)
④ストマ色調 鮮紅色	④ストマ色調
⑤浮腫 (あり ・ なし)	⑤浮腫 (あり ・ なし)
⑥周囲の皮膚状態	⑥周囲の皮膚状態
・びらん (あり ・ なし) ・場所: ストマ皮膚接続部/面板貼付部/皮膚粘膜接合部	・びらん (あり ・ なし) ・場所: 3時方向 ストマ皮膚接続部/面板貼付部/皮膚粘膜接合部
・発赤 (あり ・ なし)	・発赤 (あり ・ なし)
⑦排泄物の性状・便色	⑦排泄物の性状・便色
(便) 硬 ・ 軟 ・ 泥状 ・ 水様	(便) 硬 ・ 軟 ・ 泥状 ・ 水様
(尿) 淡黄色 ・ 混濁 ・ 悪臭	(尿) 淡黄色 ・ 混濁 ・ 悪臭
⑧患者のセルフケア状態	⑧患者のセルフケア状態
・パウチ内の便破棄(できる ・ できない)	・パウチ内の便破棄(できる ・ できない)
・パウチ交換時の介入度合い 自立	・パウチ交換時の介入度合い
すべて自立 → 次回からひとりでOK	すべて自立、NS見学
⑨アセスメント及びケアプラン	⑨アセスメント及びケアプラン
指でのばすタイプの面板にて、自立。 次回からひとり。三谷主任さん 口乎ばなくてOK 後は、部品を購入してもらう	パウダーを下方にぬるのがすこし難しい。

※W-7石田師長に確認。
スキャンが必要。その理由は「装具の解け具合」の写真部分が必要であるため。
写真画像ならUSBでつなげばｸﾗｲｵに取込み、参照できる旨説明するも、その運用は病院として決めないといけないとのこと。文書をﾄﾞｷｭﾒｰｶｰに設定してQRｺｰﾄﾞを付与することもNGであると。

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.120

W-7 消内
文書番号なし 両面印刷
(2枚中 2枚目)

ストーマパウチ観察項目

ストーマ種類	
・(回腸ストーマ/横行結腸ストーマ/S状結腸ストーマ/回腸導管/尿管皮膚瘻)	
・ストーマ造設箇所→Pt側から見た位置(右腸上・右腸下・左腸上・左腸下・その他:　　)	
・双孔式・単孔式	
①貼り付け期間　月　日～　月　日(　日間)	①貼り付け期間　月　日～　月　日(　日間)
・装具の解け具合	・装具の解け具合
・写真	・写真
②使用装具・アクセサリー	②使用装具・アクセサリー
③サイズ(縦:　mm・横:　mm・高さ:　mm)	③サイズ(縦:　mm・横:　mm・高さ:　mm)
④ストマ色調	④ストマ色調
⑤浮腫(あり・なし)	⑤浮腫(あり・なし)
⑥周囲の皮膚状態	⑥周囲の皮膚状態
・びらん(あり・なし) ・場所: ストマ皮膚近接部/面板貼付部/皮膚粘膜接合部	・びらん(あり・なし) ・場所: ストマ皮膚近接部/面板貼付部/皮膚粘膜接合部
・発赤(あり・なし)	・発赤(あり・なし)
⑦排泄物の性状・便色	⑦排泄物の性状・便色
(便)　硬・軟・泥状・水様	(便)　硬・軟・泥状・水様
(尿)　淡黄色・混濁・異臭	(尿)　淡黄色・混濁・異臭
⑧患者のセルフケア状態	⑧患者のセルフケア状態
・パウチ内の便破棄(できる・できない)	・パウチ内の便破棄(できる・できない)
・パウチ交換時の介入度合い	・パウチ交換時の介入度合い
⑨アセスメント及びケアプラン	⑨アセスメント及びケアプラン

※W-7石田師長にスキャンの必要性について確認。
スキャンが必要。その理由は「装具の解け具合」の写真部分が必要であるため。写真画像ならUSBでつなげばｸﾗｲｵに取込み、参照できる旨説明するも、その運用は病院として決めないといけないとのこと。文書をﾄﾞｷｭﾒｰｶｰに設定してQRｺｰﾄﾞを付与することもNGであると。磁気化のためのｽｷｬﾝ運用についてはご理解いただくも、ﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾄについてはご理解得られず。磁気化ﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾄについては、役職のある方ばかり参加されていて、現場の意見が全く反映されないので不満があります、とのご意見をいただいた。結局、この文書に関しては、「ﾄﾞｷｭﾒｰｶｰへの設定は不要、文書も不要であるが写真の観察(写真ではなく絵)が必要であるため仕方なく使用しているが、デジカメで写真を撮りHISへUSBでつなぎ、ｸﾗｲｵへの取込みも不可、でもｽｷｬﾝは必要」との回答であった。

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.121

W-2 消内
文書番号なし

E-ESD（全身麻酔）内視鏡搬送物品　ver2.1（2017/05/27改訂）

項目		個数	確認	SPD	滅菌	使用	返却
スコープ	GIF-H290Z	1		－	－		
	GIF-Q260J	1		－	－		
機器	トロリー	1		－	－		
	送水ボトル（CO2）	1		－	－		
	CO2ガスチューブ	1		－	－		
	外部モニター	1		－	－		
	Water jetボトル・チューブ	1		－	－		
	Water jet水（NaCl入り）	1		－	－		
	VIO300	1		－	－		
物品	送水ボタン	2		－	－		
	吸引ボタン	2		－	－		
	鉗子栓	2		－	－		
	洗浄キャップ	2		－	－		
	Dualナイフ（下部用）（開封はしない）	1		○	－		
	FOOKナイフ	1		○	－		
	ムコゼクトーム2	1		○	－		
	コアグラスパー（下部用）	1		○	－		
	局注針	2		○	－		
	回転クリップ	2		－	○		
	ショートクリップ（緑）	5		○	－		
	ロングクリップ（青）	5		○	－		
	Endloop（留置スネア）	1		○	－		
	ワニ口鉗子（大）	1		－	○		
	散布チューブ	1		－	○		
	対局板	1		○	－		
	透明フード（D-201-11804、径12.4mm）	1		○	－		
	ST Food（DH-28GR）	1		○	－		
	オーバーチューブ	1		○	－		
	マウスピース（バンドなし）	1		－	○		
	キシロカインゼリー	2		－	－		
	レンズクリーナー	1		－	－		
	滅菌綿棒	1袋		－	－		
	ゴム手袋（SINGER LATEX GLOVE）	1箱		○	－		
	ゴム手袋（赤い箱）	1箱		○	－		
	プラスチックトレー（小）	2		－	－		
	プラスチックトレー（大）	1		－	－		
	シリンジ（50ml、ロックなし）	1		－	－		
	シリンジ（10ml、ロックなし）	3		－	－		
	シリンジ（1ml、ツベルクリン用）	3		－	－		
	シリンジ（2.5ml、ロックなし）	1		－	－		
	シリンジ（5ml、ロックあり）	5		－	－		
	ピンク針（18G）	5		－	－		
	黒マジック	1		－	－		
	ハサミ	1		－	－		
	ルゴール染色液（0.6%、20ml）	2		－	－		
	ルゴール染色液（1.5%、20ml）	1		－	－		
	組織貼り付け用ゴム板（黒）	1		－	－		
	組織貼り付け用　針	1箱		－	－		
	処置具ハンガー＋ゴム8個	1		－	－		
	SPDシール台紙（本人用）	1		－	－		

補助診療録として　不要
退院時は病棟にて破棄

W-7 呼内
文書番号なし
A5サイズ、半分は
切り取られている。
(元はA4サイズ)

管理（ 本人 ・
患者氏名
患者ID

担当看護師(　　)

2017/9/26

包	数	薬効	薬剤名	錠剤刻印	用法・用量 起	朝	昼	夕	寝	その他	備考	～日数
	1	抗悪性腫瘍剤	25mgティーエスワン配合OD錠T25	TC 43:25		2		2		残28錠	2017/9/19 夕～	
	2	胃酸分泌抑制薬	プロテカジンOD錠10	TC 24:10		1		1				
		整腸剤	ミヤBM錠	*		1	1	1			自己調節	
	4	制吐剤	エリーテン錠5mg	TTS 200:5	吐き気があるとき　1T							
	5	鎮痙薬	ブスコパン錠10mg	*	腹痛時　1T							
	6	解熱鎮痛薬	カロナール錠200mg	SD 112	発熱時　2T							
	7	緩下剤	マグミット錠　330mg	KCl 11		1	1	1			自己調節	
	8	止瀉剤	アドソルビン原末		下痢時　1g							
	9	抗炎症薬	アズノールうがい液4%　5ml									
	10											
	11											
	12											
	13											
	15											
	16											
	17											
	18											
	19											
	20											

補助診療録として 必要
※ただしH30.12,31までとし、
『持参薬報告書・投薬指示書』
0-P-0401-0082の様式に統一。
（病棟確認済、現在はこの様式の使用はされていない）
H31.1.1からは磁気化となる。

入院日 29 年 9 月 20 日

インシュリン自己注射施行中

患者名（ W-7 消内 文書番号なし ）

※ 血糖測定
1日1回 朝 自己でしています

薬品名・単位	
朝 16U	トレシーバー
4U	ノボラピッド
昼 4U	ノボラピッド
夕 4U	ノボラピッド
寝る前	

★転床時など、必ず確認して連れて行って下さい。

★消化器、内分泌の入院に関わらず、看護記事には「自己注射施行中」であることを記録に残すこと。

補助診療録として 必要

※現行の新しいインスリンスケール、指示書ができるまでの様式のため、保管（スキャン）が必要。今後はこのような様式のインスリンスケールが出回る予定はない。

W-7 内内
タイトルなし、文書番号なし
内服確認表0-P-0610-0008と同様のもの？

[redacted]　様　　月　日

記録者（　　）
薬の管理方法（　　）

薬品名	1回服用量	内服時間
チラーヂン（50）	0.5T	朝
クレストール 2.5mg	1T	朝
~~ジャディアンス（10）~~	~~1T~~	~~朝~~ 10/18-終了
エディロールカプセル（0.75）	1cap	朝
ネキシウムカプセル（20）	1cap	朝
スピロノラクトン（25）	2T	朝
ウルソデオキシコール（100）	3T	朝 食 夕
ジェイゾロフト（50）	1T	眠前
リリカOD（25）	1T	朝
ゾビラックス眼軟膏	2本	自己管理
マリゼブ（25） ~~マリゼビ~~	1T	朝（土曜日）
プレドニゾロン（5）	1.5T	朝
ジャディアンス（10）	1T	朝

補助診療録として 必要
※ただしH30.12,31までとし、
『持参薬報告書・投薬指示書』
0-P-0401-0082の様式に統一。
（病棟確認済、現在はこの様式の使用はされていない）
H31.1.1からは磁気化となる。

W-7 内内
文書番号なし

[redacted] 様　ふつう　蓄尿　開始時間（14時）

9月28日　瓶の準備、本人へ説明　（阪本）

9月28日　蓄尿開始、本人へ声かけ　（↓）

☆（~~トルエン・Cペプチド・酸性ユリメジャー~~）~~入れる~~　（／）

9月29日　採尿、尿量記載　（正）

様　CNPペプチド　蓄尿　開始時間（14時）

~~10~~ 9月 ~~7~~ 30日　瓶の準備、本人へ説明　（すぐれだ）

10月1日　蓄尿開始、本人へ声かけ　（佐藤）

☆（トルエン・Cペプチド・酸性ユリメジャー）入れる　（佐藤）

10月2日　採尿、尿量記載　（阪手）

様　蓄尿　開始時間（　時）

月　日　瓶の準備、本人へ説明　（　）

月　日　蓄尿開始、本人へ声かけ　（　）

☆（トルエン・Cペプチド・酸性ユリメジャー）入れる　（　）

月　日　採尿、尿量記載　（　）

補助診療録として 不要。
退院までは病棟で保管。退院後は病棟にて破棄。

W-7 内内
文書番号なし

1-1 # インスリンポンプの手引き （食事用と血糖補正用のインスリン注入方法が同じ場合）

※ これはあくまでガイドラインです。厳格に守る必要はありません。状況に応じ柔軟に対応してください。 （No. ）
〔☐ 原則として医師・看護師とインスリン量の確認を行います。 ☐ 医師・看護師との確認は不要です。〕

○血糖測定：~~7検/日~~ （毎食直前・~~毎食後2時間~~・眠前）。※午前3時検の実施：~~9/6~~ ～

①目標血糖：

食前・眠前（mg/dl）	< 130
食後2時間（mg/dl）	< 180

②ISF（血糖補正のための指数）：インスリン1単位でどれだけの血糖値（mg/dl）が下がるか。

変更日時	9/5	9/5 14~					
ISF（mg/dl/U）	80	70					

③糖質（＝[炭水化物]－[食物繊維]）：簡易計算方法：
[1] パン・もち …… 表示された重さの 50%（g）（糖質＝全重量×0.5）
[2] 米飯 …… 表示された重さの 40%（g）（糖質＝全重量×0.4）
[3] ゆで麺・芋 …… 表示された重さの 20%（g）（糖質＝全重量×0.2）
[4] その他（[1]～[3]以外の全て） …… メニューによらず計 20g の糖質として計算

④CIR（食事摂取のための指数）：インスリン1単位でどれだけの糖質（g）を処理できるか。

変更日時	9/5	9/9	9/11	9/12	9/20		
朝 CIR（g/U）	15	12	12	14	15		
昼 CIR（g/U）	15	15	14	14	11		
夕 CIR（g/U）	15	15	13	13	13		

※使用インスリン：〔☐ ヒューマログ、 ☐ ノボラピッド 〕

Bolus（追加インスリン）の設定 ：注入量は小数点第2位を〔 ☑ 四捨五入、 ☐ 切り捨て 〕

インスリン注入方法：~~Normal Bolus~~ スクエア ボーラス

|←糖質の処理→| |←血糖補正のためのインスリン増減→|
[1] 食前のインスリン注入量 ＝ [③糖質(g)]÷[④CIR] ＋ ([今の血糖]－[①目標血糖])÷[②ISF]
[2] 上記以外のインスリン量（血糖が目標より高いとき） …… ([今の血糖]－[①目標血糖])÷[②ISF]

低血糖時の対応（食前以外）

血糖 61 ～ 80 mg/dl	ならば…	**糖質 5 g を摂取**
血糖 60 mg/dl 以下	ならば…	**糖質 10 g を摂取**

15 分後再検、血糖値が 81 mg/dl 以上になるまで繰り返す。

Basal（基礎インスリン）の設定 元々の設定

変更日時	9/5	9/7	9/10	9/11		
時間と注入量（U/hr）	~~0:00 ～ 0.10~~	0:00 ～ 0.4	0:00 ～ 0.3	0:00 ～ 0.3	～	～
	0:00 ～ 0.5	5:30 ～ 0.45	5:30 ～ 0.45	5:30 ～ 0.4	～	～
	12:00 ～ 0.55	12:00 ～ 0.55	12:00 ～ 0.55	12:00 ～ 0.55	～	～
	～	～	～	～	～	～
	～	～	～	～	～	～
	～	～	～	～	～	～

その他 補助診療録として 不要。
退院までは病棟で保管。退院後は病棟にて破棄。
※7/19病棟医長に確認。指示書ではなく、記録用紙であるためスキャン不要とのこと。

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.127

ID

入院時チェックリスト

転入

入院 12－ 28－ W-10 血内

回腎内 科 患者名（文書番号なし

補助診療録として 不要。
退院までは病棟で保管。
退院後は病棟にて破棄。

＊色付きの部分は医師が記入してください

医師（ 中村Dr ）受持看護師（ 川原 ）

		サイン
医師	入院診療計画書	
	入院時医師指示書	
	入院時検査指示（予約表、検体ラベル等を添えて）	
	食事入力（治療食、欠食時）	
	患者へ説明（ 無 ・ 有 時頃予定）	
看護師システム	1，患者状態入力（15時までに）	✓
	看護必要度入力（15時までに）	✓
	2，患者基本情報入力	✓
	3，転倒転落防止基準	✓
	内服自己管理基準 入力	✓
	4，看護計画立案	✓
	5，ケア予定	
	6，新規サマリー枠作成	
	7，身長・体重・バイタルサイン実施入力	✓
	8，患者基本の必要事項入力	
	障害情報	
	感染情報	
	薬剤禁忌情報	
	食物禁忌情報	
	アレルギー	
師長	患者基本情報 承認	
	看護計画 承認	

		サイン
クラーク又は看護師	入院準備	
	①ベッドネーム	
	②体温計	
	③病棟用オリエンテーション用紙	
	④ベッドメイキング指示書記入	
	IDカード受領	
	入院手続き確認	
	個人情報同意書受領	
	＊個人情報同意しない患者を表示	
	病衣使用確認書 受領	
	測定 ①身長（ cm）	
	②体重（ kg）	
	病棟内オリエンテーション	
	病室案内	
	入院確認	
	リストバンド出力、装着	
	同姓同名患者を表示	
	処置伝票準備	
	栄養管理計画書提出	
	特別室入室申込書を記入してもらい1部を入院係りへ送る。（個室時）	
看護師	ベッド周囲の準備・チェック	
	オリエンテーション・挨拶	
	アナムネ聴取	
	入院診療計画書	
	①入院診療計画書を記入	
	②説明し、患者サインを受領	
	③一部入院係へ提出	
	ケア計画表作成	
	褥創対策アセスメント（要・不要）	
	入院時預かり（無・有 ）	
	持参内服薬確認	✓
	患者リストバンド装着確認	
	尿測器使用説明	✓
	入院時検査をすべて実施	

その他 注意・連絡事項

H20、10、31作成

退院支援作業シート（総合評価・退院支援スクリーニング共有）

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.128

ID　　患者氏名　　年齢　W-9 血内
ドキュメーカーに設定されているものと様式が異なる。

時期	項目	日付	実施内容	
入院～3日以内～～7日以内	介護保険	／	1．介護保険の認定を受けているか確認する（クラーク確認） 2．介護保険を利用している場合は、クラークが介護保険証をコピー	クラーク クラーク
			3．ケアマネージャーより、『入院時情報提供シート』の提供があれば、連携して『合同カンファレンス』を開催する（看護記事にも記録する）	
	スクリーニングシート（入院後3日以内）	9／3	【1．総合評価スクリーニング：65歳以上、40歳以上の特定疾患患者】 病棟看護師：スクリーニング入力→サイン入力→登録・印刷	中村
			担当医師： 退院支援の必要性判断→サイン	
			退院支援スタッフ：退院支援の必要性検討→サイン	
			クラーク：スクリーニングシートに関係サイン終了確認・スキャン・コピー補助カルテ	
			病棟看護師：スクリーニングシート原本患者へ内容の説明を行い渡す（記事記録） ＊注意：ICU、SCU、精神に入院後、一般病棟へ転入した総合評価の対象は転入時に評価する	
		／	【2．退院支援スクリーニング：総合評価対象者以外】 病棟看護師：スクリーニング入力→サイン入力→保存 退院支援スタッフ：スクリーニング確認サイン入力→保存 ＊注意：ICU、SCU、精神に入院の患者は総合評価算定不可のため全患者退院支援スクリーニング	
	退院支援計画書	9/3	1．スクリーニングにて『退院支援必要』と評価された場合は、『退院支援計画書』を作成し、退院支援スタッフと情報交換する　※入院から7日以内	中村
～退院	退院調整	／	1．退院前に、『スクリーニングシート』の評価から、退院支援の必要性を最終確認する	
		／	2．患者・家族の意向を確認しながら退院支援スタッフと連携し、支援開始する	
		／	3．必要時、『診療情報提供書』『看護サマリ』を作成し、退院支援スタッフと連携する	
		／	4．在宅支援となった場合は、必要時、合同カンファレンスを開催し『合同カンファレンス記録』を作成し、看護記録にも残す ※合同カンファレンス開催までに、『地域連携用患者基本情報』を作成する	
	退院支援計画書	／	1．退院支援スタッフと情報交換しながら『退院支援計画書』を完成させる	
		／	2．『退院支援計画書』にそって患者に説明し同意後、『本人または立会人（続柄）』に署名してもらう	
		／	3．『退院支援計画書』の原本をスキャナーにて電子カルテに取り込み後、原本を患者へ手渡し、看護記事にも記録を残す。写しを診療録にとじる	
	算定確認	／	各算定に必要な書類の作成、伝票類の提出、スキャンが終了しているか確認する （各算定については、退院支援スタッフがクラーク依頼）	
退院	書類	／	患者（家族）へ連携先提出用として『地域連携用患者基本情報』『看護サマリ』『診療情報提供書』を手渡す	
	看護記事	／	看護記事に退院先（自宅　又は　転院先名）を記録する	

2017/4/19 患者支援センター作成

※当係でドキュメーカーに設定したものと様式が異なる。独自に作成して紙運用している。レイアウトの変更は不要。

補助診療録として 不要。
退院までは病棟で保管。
退院後は病棟にて破棄。

W-9 伍内

「看護基本情報聴取にあたって」のスタッフ向け注意事項？
表示に ホチキスでとめられていた、

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.129

患者様やご家族へ基本情報聴取用紙を渡し記入してもらう場合は、
この１枚目の用紙は、必ずはずしてから、患者様やご家族に渡してください。
記入済み用紙回収後は、内容を確認し、不明な点は必ず記入者へ再確認してください。

＜注意点＞

＊【作成年月日と作成者氏名】を忘れず記入してください。

＊患者様やご家族から聴取不可能な項目は、空白のままおいておくのではなく、聴取できなかった理由や状況をひとことコメント入力しておいてください！

＊アナムネ聴取者は聴取不十分や未確認な事や未入力があれば、受け入れ看護師に伝える等の配慮をお願いします。

＊翌日の日勤で必ず追加情報を聴取し入力！！！できなかったら次へ申し送る！！！
その際は運用マニュアルに従って「編集」から入力し、必要な情報を上書きする

＊師長・副師長・リーダーが承認後に情報を追加する場合は、「引用」から入力し、最上欄の文書コメント欄に「追加情報 ドメイン○」と明記、最下欄に追加入力年月日と追加者氏名を忘れず記載してください。

＊ドメイン３・４・５・11・12の臨床症状内容の記入は、実際に受け入れ観察した看護師が入力する。それが追加入力となる場合は、上記の方法で入力してください。

＊患者様の大切な情報だという意識をもって、それぞれが責任をもち対処してください。

補助診療録として 不要。
退院までは病棟で保管。
退院後は病棟にて破棄。

2010.6.25

W-9 血内

急変時、緊急入院時の看護記録

患者ID						
患者名						
	8/29 15:57	:	:	:	:	:
体温	36.6					
脈拍	73					
血圧	118/59					
SPO2	98/1					
呼吸回数						

<内科外来の看護記事>

15:55	救急車にて輸血しながら到着 S「しんどい」と
14:00	十二活等 心電図 施行
14:05	血糖測定 494→5/dl
14 14:20	血液ユニット 投血
	左前腕 のセル
	左手② 正中
15:00	CT セフェピム
15:15	XP セフェピム
	ICU入室 左手②

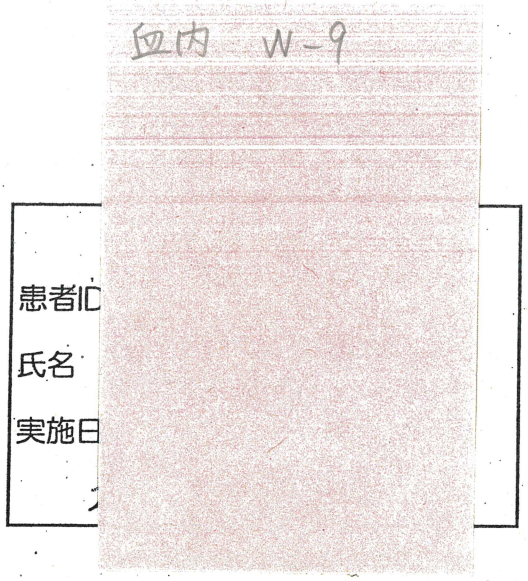
※ドキュメーカーに設定したものは、不要のため削除の申し出があり、現在は使用できなくなっている。
（以前設定していたものとは様式が異なる。）

補助診療録として 不要。
退院までは病棟で保管。退院後は病棟にて破棄。

コピー

退院後、ハキ！

（提出先：医事企画課入院担当）



介護支援連携指導料伝票

（会　計　用）

□ にチェックを入れて下さい。

☑ B005-1-2　介護支援連携指導料(入院中2回)　400点

当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護サービスから考え適切な医療関係職種が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員又は退院後のケアプラン作成を行うため、患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又は介護保険施設等の介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービスや、当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に算定できる。

※1･･･退院時共同指導料の「保険医等3者以上共同指導加算」を算定している場合、「介護支援連携指導料」は算定できない。

H28.4.1更新

※医事課入院会計担当者へ提出する伝票であり、
「退院後ハキ！」と記載されていたが、補助診療録として
綴じられていたもの。

補助診療録として　不要。
退院までは病棟で保管。
退院後は病棟にて破棄。

W-9 血内

様 1週間の予定

担当看護師 村口

月日	8/21(月)	8/22(火)	8/23(水)	8/24(木)	8/25(金)	8/26(土)	8/27(日)
安静度	白血球が1000以下、もしくは、好中球が500以下の間は、担当医の許可なく病棟から出ないでください。 活動に制限はありません。無理をしない程度で、どんどん動いてください。 また、体調や採血データによって安静が必要な場合は、その都度説明いたします。						
食事	白血球が1000以下、もしくは、好中球が500以下の間は、生物禁止食となります。 食欲がない、吐き気がある、口内炎が痛い、など体調に合わせ食事内容を変更することも可能です。気軽に声をおかけ下さい。						
検査・治療予定		血液内科回診		シーツ交換			
清潔	体を清潔に保つため、シャワー浴をしましょう。発熱など体調によってシャワー浴ができない場合は、体を拭く準備をします。 食後には、歯磨きをしましょう。						
体重							
体温 起床時	~~37.5~~			38.3			
体温 朝食後					36.6		
体温 昼食後							
体温 夕食後							
食事量 朝(主/副)							
食事量 昼(主/副)							
食事量 夕(主/副)							
尿の回数				1F	T	—	
便の回数							
その他							

補助診療録として 不要。
退院までは病棟で保管。
退院後は病棟にて破棄。

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.132

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.133

補助診療録として 不要。W-9 血内
退院までは病棟で保管。 文書番号なし
退院後は病棟にて破棄。

尿量記録表

患者氏名

排尿毎に尿カップに尿を採り、その尿量を該当する時間帯の枠へ記載してください
排便があり採尿できなかった時は該当する時間の便の枠に「○」印をつけてください
例）7時15分に排尿し、尿カップに200ml採れた → 7時の尿量の枠に「200」と記載

月 日

時間	尿量(ml)	便	時間	尿量(ml)	便	時間	尿量(ml)	便
8:00			16:00			0:00		
9:00			17:00			1:00		
10:00			18:00			2:00		
11:00			19:00			3:00		
12:00			20:00			4:00		
13:00			21:00			5:00		
14:00			22:00			6:00		
15:00			23:00			7:00		

月 30日

時間	尿量(ml)	便	時間	尿量(ml)	便	時間	尿量(ml)	便
8:00			16:00			0:00		
9:00			17:00			1:00		
10:00			18:00			2:00		
11:00			19:00			3:00		
12:00			20:00			4:00		
13:00			21:00			5:00		
14:00			22:00			6:00		
15:00			23:00			7:00		

10 月 1 日

時間	尿量(ml)	便	時間	尿量(ml)	便	時間	尿量(ml)	便
8:00			16:00			0:00		
9:00			17:00			1:00		
10:00			18:00			2:00		
11:00			19:00			3:00		
12:00			20:00			4:00		
13:00			21:00			5:00		
14:00			22:00			6:00		
15:00			23:00			7:00		

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.134

W-9 文書番号なし 西内

歯科衛生士の口腔ケアの記載？

（ 枚目）

病棟：W-9 | 病室：921 | 感染：

（ / ）回目 日時：4月7日（10：33～10：49）担当DH：[illegible] 担当Dr：

患者の状況・様子・訴え	「気持ちよかったです」	呼吸：マスク・ネーザル・気切・挿管・NIPPV ___L/min SpO2:
口腔内状態 □評価シート	義歯着脱支障状、舌縁白苔あり 全体的に落ちている、右側の臼歯部にプラーク付着	義歯の汚れ：少ない・ふつう・多い 動揺歯の状態：
指導・処置 歯ブラシ（中臼） 歯間ブラシ（SS） その他（ ）	行った場所：ベッド・車いす・ベッドサイドのイス・洗面台前・W9 チェアー 体位：仰臥位・側臥位・ファーラー位・セミファーラー位・座位・端座位・チェアーで調節 □（歯ブラシ・歯間ブラシ・タフトブラシ）で術者磨き □スケーラーで（歯垢・歯石・痰）除去 部位： □H2O2 ネオステリングリーン湿綿球にて清拭 □PMTC（ブラシ・ラバー） □ジェル塗布 □義歯清掃 □セルフケア指導 サンシャク左に気をつけるよう指導 衛生状態：良好，やや不良，不良 粘膜状態：乾燥なし，やや乾燥，乾燥，びらん・潰瘍あり □その他	
連絡事項 □画像レポート	NS への申し送り	次回のめやす：毎日・隔日・週２回・週１回・隔週・月１回・連絡待ち

（ ）回目 日時： 年 月 日（ ： ～ ： ）担当DH： 担当Dr：

患者の状況・様子・訴え		呼吸：マスク・ネーザル・気切・挿管・NIPPV ___L/min SpO2:
口腔内状態 □評価シート		義歯の汚れ：少ない・ふつう・多い 動揺歯の状態：
指導・処置 歯ブラシ（ ） 歯間ブラシ（ ） その他（ ）	行った場所：ベッド・車いす・ベッドサイドのイス・洗面台前・W9 チェアー 体位：仰臥位・側臥位・ファーラー位・セミファーラー位・座位・端座位・チェアーで調節 □（歯ブラシ・歯間ブラシ・タフトブラシ）で術者磨き □スケーラーで（歯垢・歯石・痰）除去 部位： □ H2O2 ネオステリングリーン湿綿球にて清拭 □PMTC（ブラシ・ラバー） □ジェル塗布 □義歯清掃 □セルフケア指導 衛生状態：良好，やや不良，不良 粘膜状態：乾燥なし，やや乾燥，乾燥，びらん・潰瘍あり □その他	
連絡事項 □画像レポート	NS への申し送り	次回のめやす：毎日・隔日・週２回・週１回・隔週・月１回・連絡待ち

（ ）回目 日時： 年 月 日（ ： ～ ： ）担当DH： 担当Dr：

患者の状況・様子・訴え	補助診療録として 不要。 退院までは病棟で保管。 退院後は病棟にて破棄。	呼吸：マスク・ネーザル・気切・挿管・NIPPV ___L/min SpO2:
口腔内状態 □評価シート		義歯の汚れ：少ない・ふつう・多い 動揺歯の状態：
指導・処置 歯ブラシ（ ） 歯間ブラシ（ ） その他（ ）	行った場所：ベッド・車いす・ベッドサイドのイス・洗面台前・W9 チェアー 体位：仰臥位・側臥位・ファーラー位・セミファーラー位・座位・端座位・チェアーで調節 □（歯ブラシ・歯間ブラシ・タフトブラシ）で術者磨き □スケーラーで（歯垢・歯石・痰）除去 部位： □ H2O2 ネオステリングリーン湿綿球にて清拭 □PMTC（ブラシ・ラバー） □ジェル塗布 □義歯清掃 □セルフケア指導 衛生状態：良好，やや不良，不良 粘膜状態：乾燥なし，やや乾燥，乾燥，びらん・潰瘍あり □その他	
連絡事項 □画像レポート	NS への申し送り	次回のめやす：毎日・隔日・週２回・週１回・隔週・月１回・連絡待ち

※病棟ｸﾗｰｸより提出された文書

退院前訪問看護実施報告書

指示医	富岡医師
訪問担当者	OT　寺橋　　Ns　久保幸代
訪問時間	2018年1月10日14時00分～15時30分
訪問場所	
住居の状況	２階建て、持ち家 主に１階で生活し、２階で寝ている
家族との関係	 入院前より息子夫婦、弟のサポートあり
近隣との関係	昔からの住宅街だが近所付き合いは挨拶程度で少ない。特に大きなトラブルはない。
交通機関	自家用車を持っているがしばらく運転していない。退院後可能なら運転したい。 近くにバス停はあるが本数少なく不便。タクシーで鳴門駅まで移動し、バスや汽車を活用予定。
利用する商店	徒歩10分で自家用車を利用している。
通院時間と通院経路	徳島大学病院まで約１時間 通院時は母親が送り迎えする予定

観察内容

・自宅状況は一人暮らしであるが、１階に２部屋と台所、浴室、トイレがあり、２階に３部屋、トイレがある。夜は２階で眠っている。

・弟が引田町、息子が石井町在住にて退院後は時々訪問予定。

・前日に外泊し、３食分買い物をして帰宅し、買ってきた物を分けて食べた。昼は近くの飲食店へ行き、うどんを食べた。歩いて10分程の所にスーパー（マルナカ）があり、退院後は買い物予定。車で５分程の所に大きなスーパー（パワーシティ、キョーエイ）があるので、運転許可があれば車を運転したいと希望あり。

・退院後、鳴門シーガル病院または当院に通院予定。タクシー、バス、汽車などを活用予定。４月からは近所にできるシーガル病院に通院希望あり。糖尿病、高血圧があるため内科は近医を受診希望。

・外泊より帰宅後、洗濯、入浴すませた。清掃は適宜実施予定と話すが、整理整頓されていた。

補助診療録として 必要
0-S-0802-0021
「退院前訪問看護実施報告書」

※病棟ｸﾗｰｸより提出された文書

指導内容
・車の運転については主治医に確認するよう説明
・糖尿病、高血圧があるため、塩分控えめの食事と間食は食べ過ぎないこと
・退院後は継続して通院すること。通院先については主治医と相談すること。
・内服薬は自己調節せず指示通り内服すること
・規則正しい生活を送るように。

補助診療録として　必要
0-S-0802-0021
「退院前訪問看護実施報告書」

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.137

※病棟クラークより提出された文書

精神科退院前訪問看護申込書

様式１

私は、退院前訪問看護を申し込みます。　平成 30年 1月 9日

1．氏名 [redacted]　男・(女)　年齢 66 歳

2．住所 [redacted]　連絡先（Tel） [redacted]

3．入院年月日　平成 ~~30~~ 年 9月 1日

4．退院予定(希望)日　平成　年　月　日　又は　未定

5．申請者　本人・その他（ 本人 ）患者との関係（　）

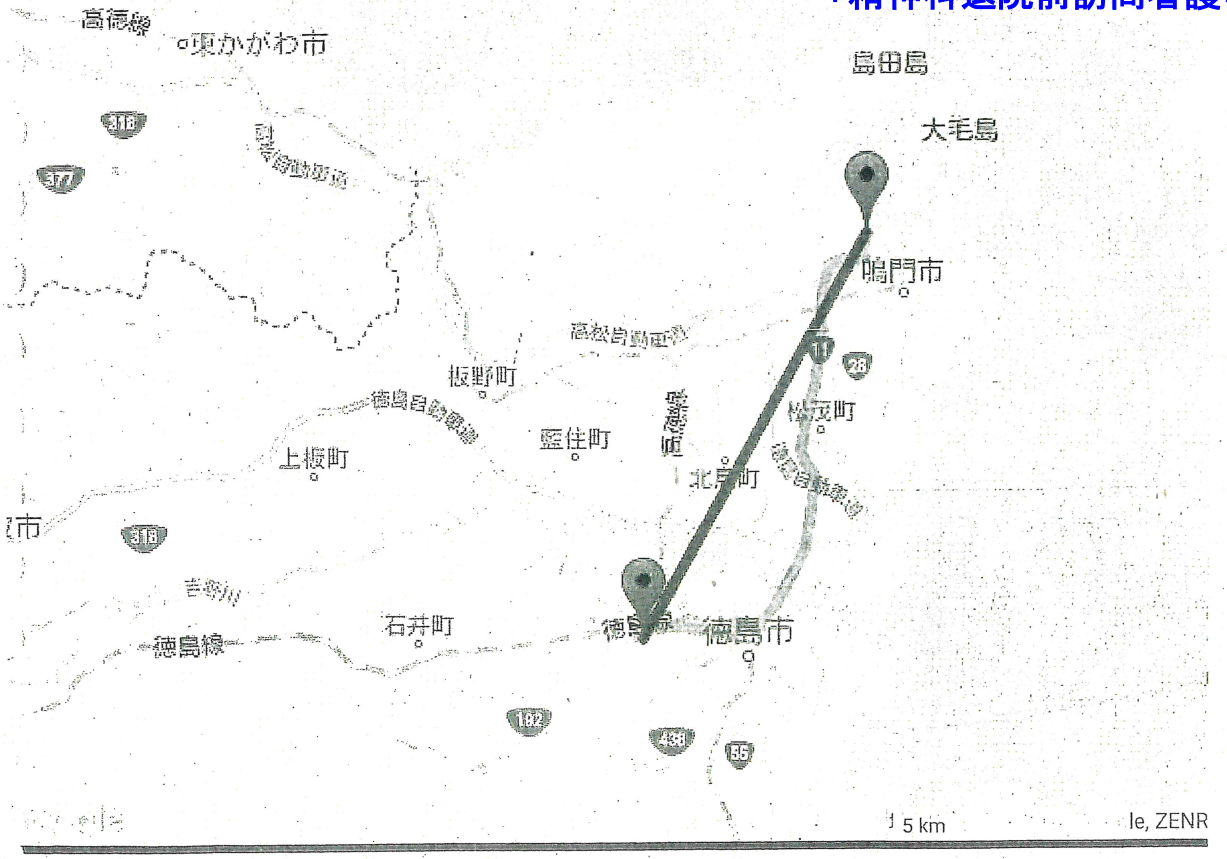
始点の住所・キーワード→ 徳島県徳島市蔵本町2丁目５０

住所不明の場合　日本、〒770-0042 徳島県徳島市蔵本町２丁目５０

終点の住所・キーワード→ 徳島県鳴門市撫養町黒崎字清水

日本、〒772-0001 徳島県鳴門市撫養町黒崎清水

補助診療録として 必要
0-S-0799-0044
「精神科退院前訪問看護申込書」



直線距離	14.6 km	14565 m
道のり距離	18.6 km (36分)	18598 m
自動車(最短距離探索)		

※病棟ｸﾗｰｸより提出された文書

別添様式３

医療保護入院者退院支援委員会の結果のお知らせ

[redacted]

平成 30 年　1 月　16 日

医療保護入院者退院支援委員会での審議の結果について下記のとおりお知らせいたします。

記

１．開催日時　　平成　29 年　1 月　16 日（火）　10:00～10:45

２．出席者　主治医（中山　知彦）、主治医以外の医師（坂本　新介）
看護職員（真鍋　理絵　）
担当退院後生活環境相談員 [redacted]
本人（出席）、家族（長女）
その他（　　）

３．入院継続の必要性　（　有　・　無　）

〖有りの場合のその理由〗

治療により、うつ状態は少しずつ回復してきていますが、まだ入院治療を継続する必要があります。退院して生活ができるように、治療を続けていきます。

４．今後の推定される入院期間　（平成 30 年 4 月 16 日迄）

５．今後の退院に向けた取組
薬物療法
電気治療
介護保険の利用
入所中の施設との連携

補助診療録として 必要
0-S-0802-0023
「医療保護入院者退院支援委員会の結果のお知らせ」

病院名　徳島大学病院
管理者の氏名　大森哲郎
退院後生活環境相談員の氏名 [redacted]

退院後生活環境相談員別添様式２　　※病棟ｸﾗｰｸより提出された文書

医療保護入院者退院支援委員会審議記録

委員会開催年月日　H30 年　1 月　16 日

患者氏名		生年月日	大正 昭和 平成
住所			
担当退院後生活環境相談員の氏名			
入院年月日（医療保護入院）	平成　29 年　10 月　31 日		
出席者	主治医（中山　知彦）、主治医以外の医師（坂本　新介） 看護職員（真鍋　理絵師長、　） 担当退院後生活環境相談員 本人（出席）、家族（長女）　　その他 （　　）		
入院診療計画書に記載した推定される入院期間	平成　29 年　10 月　31 日～　平成　30 年　1 月　31 日		
本人及び家族の意見	本人・娘さん　入院・治療の継続を希望。		
入院継続の必要性	㊤　・　無		
入院継続が必要である場合	理由	うつ状態は持続しており、それに対し電気療法を継続中。 セルフケアも自立しておらず、介助が必要。 自殺企図のリスクも高い。	
	推定される入院期間	平成 30 年　4 月　16 日迄	
退院に向けた取組	電気治療　薬物療法　介護保険の利用　入所中の施設との連携		
その他			

〔病院管理者の署名：　大森　哲郎　〕

〔記録者の署名：　原野　厚志　〕

補助診療録として 必要

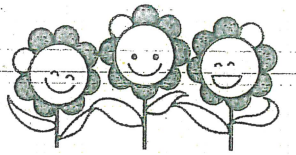
0-S-0802-0022

「医療保護入院者退院支援委員会審議記録」

子育て支援調査

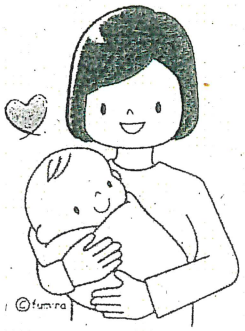
※病棟ｸﾗｰｸより提出された文書

お母さんと赤ちゃんの健康のために



お母さんのストレスは赤ちゃんの成長に影響を及ぼします。お母さんと赤ちゃんの健康を守るために、すべての妊産婦さんにお聞きしています。あてはまるものに○をつけて下さい。答えにくい質問には答えなくてもかまいません。

1	あなたとパートナーとの間で、もめ事が起こった時、話し合いで解決するのは難しいですか？	非常に難しい	ある程度難しい	難しくない
2	あなたは、パートナーのやることや言うことを怖いと感じることはありますか？	よくある	たまにある	まったくない
3	あなたのパートナーは、気に入らないことがあるとあなたを大きな声で怒鳴ったりすることがありますか？	よくある	たまにある	まったくない
4	あなたのパートナーは、気に入らないことがあると怒って壁をたたいたり、物を投げたりすることがありますか？	よくある	たまにある	まったくない
5	あなたは、気が進まないのにパートナーから性的な行為を強いられることはありますか？	よくある	たまにある	まったくない
6	あなたのパートナーは、あなたをたたく、強く押す、腕をぐいっと引っ張るなど強引にふるまうことがありますか？	よくある	たまにある	まったくない
7	あなたのパートナーは、あなたをなぐる、けるなどの暴力をふるうことがありますか？	よくある	たまにある	まったくない



気になることがありましたらいつでもご相談ください。
プライバシーは厳守いたしますのでご安心ください。

現在
その他／その他
コメント に
子育て支援調査

助産師外来

補助診療録として　不要。
退院までは病棟で保管。
退院後は病棟にて破棄。

※病棟ｸﾗｰｸより提出された文書

徳島大学病院　院内助産システム「ひなた」を利用することの同意書

徳島大学病院　院内助産システム「ひなた」について説明を受け、十分理解したうえで「ひなた」の利用を希望します。

平成　　年　　月　　日

本人

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

配偶者またはご家族

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

妊娠健診・分娩の途中に異常が予測された場合は、医師の診察を受けていただくことになります。また「ひなた」の妊娠・分娩経過及びデータは、研究等に使用させていただくことがあるので、ご理解をお願い致します。ただし個人が特定されることはありません。

平成　　年　　月　　日

院内助産システム「ひなた」のご案内に基づき、ご説明いたしました。

説明助産師

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

平成　　年　　月　　日

妊娠経過に異常がない方に関して、ひなたでの分娩を許可いたします。

産科医師

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

周産母子センター師長

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

補助診療録として　不要。
退院までは病棟で保管。
退院後は病棟にて破棄。

現在
その他／その他
コメントに
ひなた同意書

※病棟ｸﾗｰｸより提出された文書

同意書

助産師による妊娠中から産後までの受け持ち制・助産師による妊婦健診に関し、下記の説明者より目的及び方法について説明を受け理解しましたので同意いたします

同意年月日　平成　　年　　月　　日

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　昭・平　　年　　月　　日

説明年月日　平成　　年　　月　　日

説明者　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

補助診療録として　不要。
退院までは病棟で保管。
退院後は病棟にて破棄。

訂正
'09/10／'09/10

コメントに
Cチーム同意書

現在
その他／その他

コメントは
バースレビュー

※病棟クラークより提出された文書

補助診療録として　不要。
退院までは病棟で保管。
退院後は病棟にて破棄。

バースレビュー

ご出産おめでとうございます。ご出産を終えた今の心境はいかがですか？
私たち助産師は、出産を終えられた皆様がお産を「よい」体験であったと感じ、今後の育児や次回の妊娠に対し自信を持って臨めるようバースレビュー（分娩の振り返り）を行っています。
以下の項目について、皆様の今の思いを自由に記入していただき、その内容をもとに出産に立ち会った助産師が一緒に振り返りをさせていただきたいと思います。
なお、患者様の体調に応じてバースレビューの記入・振り返り時期は前後させていただきます。

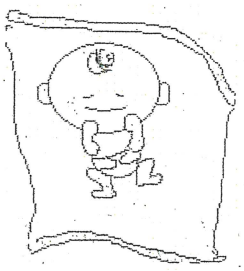
お名前　　様　　出産日　H　年　　月　　日

① 妊娠中のお産のイメージと比べてご自分のお産の感想をお聞かせください。

② お産のときに頑張ったこと・うれしかったことなどをお書きください。

③ お産に対しての心残りなどはありますか？

④ 他に何か気になること・伝えておきたいことがあればお書きください。



お疲れ様でした。ご記入後は担当助産師が受け取りにまいります。
バースレビュー面接年月日：H　年　　月　　日　助産師氏名：

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.144

※病棟クラークより提出された文書

再採血依頼書

スキャン済

平成 30 年 1 月 11 日

徳島大学病院
NICU　御中

補助診療録として 必要
0-S-0101-0001
「他院からの紹介状」※依頼書含む

(一財) 大阪市環境保健協会
先天性代謝異常検査室
06-4792-7221

母氏名 [redacted]　受付番号 [redacted]　採血日 平成 30 年 1 月 4 日

児氏名 ＿＿＿＿＿＿　性別 [redacted]　出生日 平成 29 年 12 月 29 日

今回実施の検査結果が下記の通りですので再検査が必要です。

また、受付Noを記入した再検査用ろ紙を添付いたしますので採血をお願いいたします。
(通常のろ紙を使用される場合は必ず報告書に記載しております受付Noを記入してください。)
＊なお保護者には、必要以上に心配しないようにご説明をお願いいたします。

疾患名	判定	判定式／測定物質値	(単位)
哺乳状態	不良	哺乳≠良	
		哺乳＝極不良	
フェニルケトン尿症	A	Phe≧100	(nmol/ml)
		Phe=38.320, Tyr=34.500	
メープルシロップ尿症	A	Leu≧350 and Val≧250	(nmol/ml)
		Leu=184.610, Val=88.910	
ホモシスチン尿症	A	Met≧50	(nmol/ml)
		Met=10.180	
ガラクトース血症	A	Gal≧3.0 or Gal-1-P≧15.0 or GALT≦1	(mg/dl)
		Gal=0.3, TGAL=0.4, GALT=2, Gal-1-P=0.144	
先天性甲状腺機能低下症	A	TSH≧10.0	(μU/ml)
		TSH=0.7	
先天性副腎過形成症	C	17-LCMS≧1.5	(ng/ml)
		17-D=16.6, 17-LCMS=2.2	
メチルマロン酸血症	A	C3≧3.6 and C3/C2≧0.25	(nmol/ml)
		C3=1.500, C2=29.340, C3/C2=0.051	
プロピオン酸血症	A	C3≧3.6 and C3/C2≧0.25	(nmol/ml)
		C3=1.500, C2=29.340, C3/C2=0.051	
βケトチオラーゼ欠損症	A	C5OH≧0.5 and C5:1≧0.025	(nmol/ml)
		C5OH=0.170, C5:1=0.010	
イソ吉草酸血症	A	C5≧1.0	(nmol/ml)
		C5=0.480	
メチルクロトニルグリシン尿症	A	C5OH≧1.0	(nmol/ml)
		C5OH=0.170	
ヒドロキシメチルグルタル酸血症	A	C5OH≧1.0	(nmol/ml)
		C5OH=0.170	
マルチプルカルボキシラーゼ欠損症	A	C5OH≧1.0	(nmol/ml)
		C5OH=0.170	
グルタル酸血症１型	A	C5DC≧0.25	(nmol/ml)
		C5DC=0.120	
MCAD欠損症	A	C8≧0.3 and C8/C10≧1.0	(nmol/ml)
		C8=0.030, C10=0.010, C8/C10=3.000	
VLCAD欠損症	A	C14:1≧0.4 and C14:1/C2≧0.013	(nmol/ml)
		C14:1=0.080, C2=29.340, C14:1/C2=0.003	
TFP (LCHAD) 欠損症	A	C16OH≧0.04 and C18:1OH≧0.04	(nmol/ml)
		C16OH=0.010, C18:1OH=0.020	
CPT1欠損症	A	C0/(C16+C18)≧100	(nmol/ml)
		C0=43.510, C16=3.660, C18=1.140, C0/(C16+C18)=9.065	
CPT2欠損症	A	C16≧3.0 and (C16+C18:1)/C2≧0.62	(nmol/ml)
		C16=3.660, C18:1=2.580, C2=29.340, (C16+C18:1)/C2=0.213	
TRANS欠損症	A	C16≧3.0 and (C16+C18:1)/C2≧0.62	(nmol/ml)
		C16=3.660, C18:1=2.580, C2=29.340, (C16+C18:1)/C2=0.213	
全身性カルニチン欠乏症	A	C0≦8.0	(nmol/ml)
		C0=43.510, C2=29.340, C16=3.660, C18:1=2.580	
グルタル酸血症２型	A	C8≧0.3 and C10≧0.4 and C12≧0.4 and C10/C2≧0.014	(nmol/ml)
		C8=0.030, C10=0.010, C12=0.040, C2=29.340, C10/C2=0.000	
高チロシン血症１型	A	Tyr≧450	(nmol/ml)
		Tyr=34.500	
シトルリン血症１型	A	Cit≧100	(nmol/ml)
		Cit=9.420	
シトルリン血症２型	A	Cit≧38 and (Phe≧120 or Met≧80 or Tyr≧200 or ARG≧60)	(nmol/ml)
		Cit=9.420, Phe=38.320, Met=10.180, Tyr=34.500, ARG=13.310	
アルギニノコハク酸尿症	A	Cit≧100	(nmol/ml)
		Cit=9.420	

なし／その他
コメントに
再採血依頼書

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　NO.145

分娩台帳

※病棟クラークより提出された文書

ID [redacted]　生年月日 [redacted]　感染症 [redacted]　医師(主治医) [redacted]　直接介助者 [redacted]
氏名 [redacted]　年齢 [redacted]　感染症コメント [redacted]　医師(取扱医) [redacted]
感染症(備考) GBS(未),ATLA(-)　間接介助者 [redacted]
住所 [redacted]　電話番号 [redacted]

入院時情報

母体搬送 あり(緊急)　入院理由 ☐陣痛発来 ☐PROM ☑管理入院 ☐その他
妊娠中喫煙 [redacted]　妊娠中飲酒 [redacted]　経妊 2　経産 1
身長 [redacted]cm　非妊時体重 [redacted]kg　体重 [redacted]kg　BMI(非妊時) [redacted]　BMI(分娩時) [redacted]
不妊治療 ☑なし ☐排卵誘発剤 ☐AIH ☐体外受精 ☐その他
備考
分娩予定日 [redacted]

分娩経過

初発陣痛 [redacted]　子宮口全開 [redacted]　児娩出1 [redacted]　胎位胎向 [redacted]　巻絡 [redacted]
破水1 [redacted]　破水 [redacted]　混濁 ー　児娩出2　胎位胎向　巻絡
胎盤娩出(母体面) [redacted]　胎盤娩出(胎児面)　児娩出3　胎位胎向　巻絡
胎盤娩出(混合)　児娩出4　胎位胎向　巻絡

分娩

所要時間

分娩第Ⅰ期　分娩第Ⅲ期 0時間06分
分娩第Ⅱ期 0時間38分　合計

出血

	出血量	子宮底	バイタルサイン
児娩出後	[redacted]	[redacted]	BP [redacted]
分娩直後	[redacted]	[redacted]	BP [redacted]
2時間後	g	/ ( )	T BP / P
合計	[redacted]		

2時間後 ☐自排尿 ☐歩行
コメント

分娩

出産
分娩形態
コメント

分娩転帰

妊娠週数 [redacted]
分娩サマリー [redacted]

現在
診療録 他/ その他
コメント に
分娩台帳
ついてます。

新生児

	胎盤 重さ(g)	臍帯 長さ(cm)	臍帯 付着部位	羊水 混濁
ベビー1	[redacted]	[redacted]	[redacted]	ー
ベビー2				
ベビー3				
ベビー4				

母体基礎疾患・妊娠分娩合併症

母体基礎疾患
妊娠分娩合併症

処置

有無
☐酸素投与 ☐輸血 ☐子宮双手圧迫 ☐血管確保 ☐胎盤用手剥離
会陰切開 ☐右 ☐左 ☐正中
血腫処置 ☐膣壁 ☐会陰
産道裂傷・縫合　頸管　膣壁　その他
会陰裂傷・縫合 ☐無 ☐Ⅰ度 ☐Ⅱ度 ☐Ⅲ度 ☐Ⅳ度

児の情報

胎数 1　多胎の種類 ☐DD ☐MD ☐MM ☐不明 ☐その他

	性別	体重(g)	SD	身長(cm)	胸囲(cm)	頭囲(cm)	アプ1分	アプ5分	形態異常	入室先	死産
ベビー1	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	☐	[redacted]	☐
ベビー2									☐		☐
ベビー3									☐		☐
ベビー4									☐		☐

臍帯動脈GBG

	pH	pO2	pCO2	BE	WBC	RBC X 10000	Hb	Ht	Plt X 10000
ベビー1	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
ベビー2									
ベビー3									
ベビー4									

産科診断カテゴリー

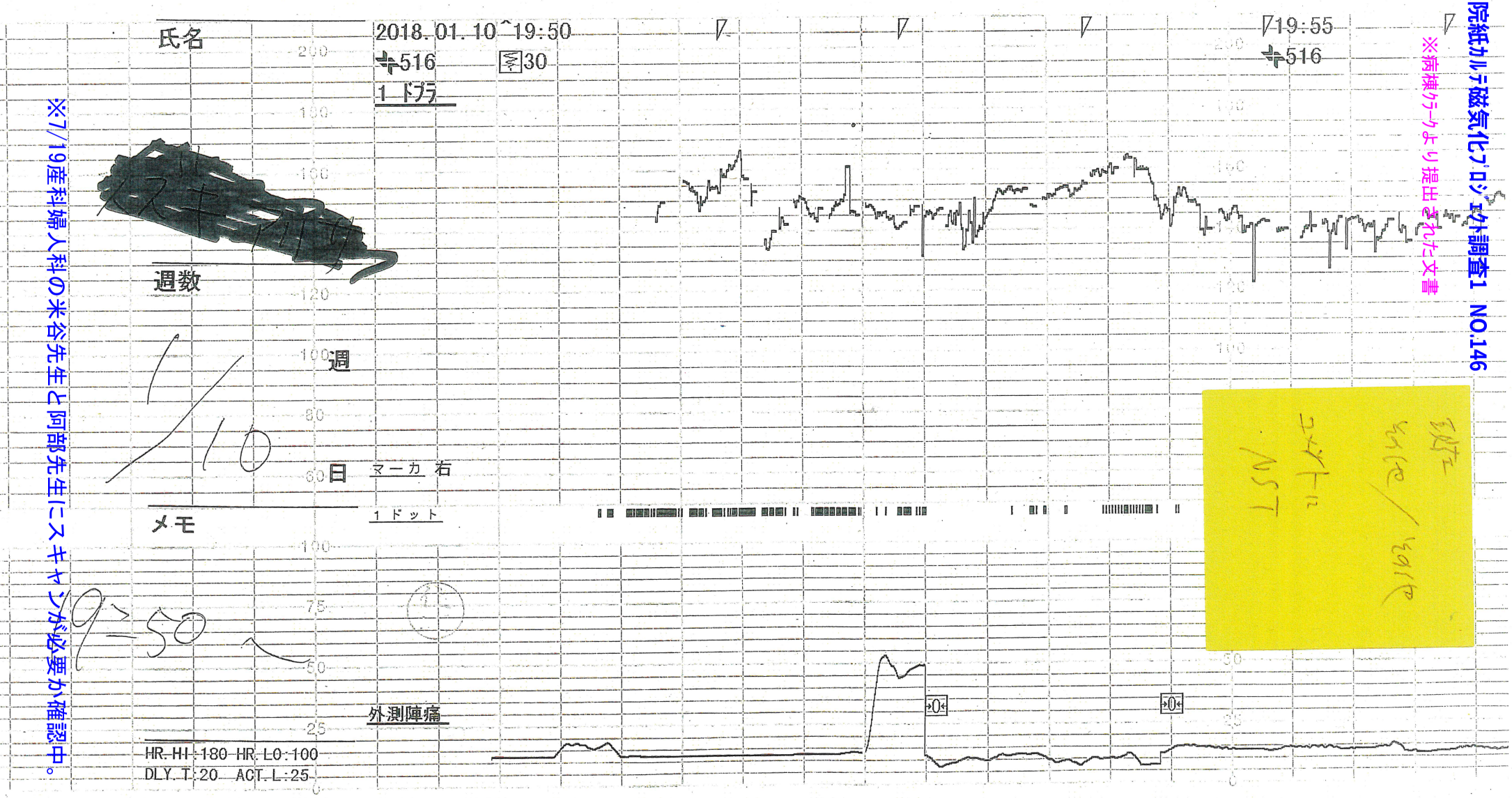
胎児不整脈 NSD 39週0日

※現在、産科婦人科の米谷先生と阿部先生にスキャンが必要か確認中。

印刷日時: 2018年 01月 16日 19時54分
印刷者: ★武田 明日香
武田

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 NO.146

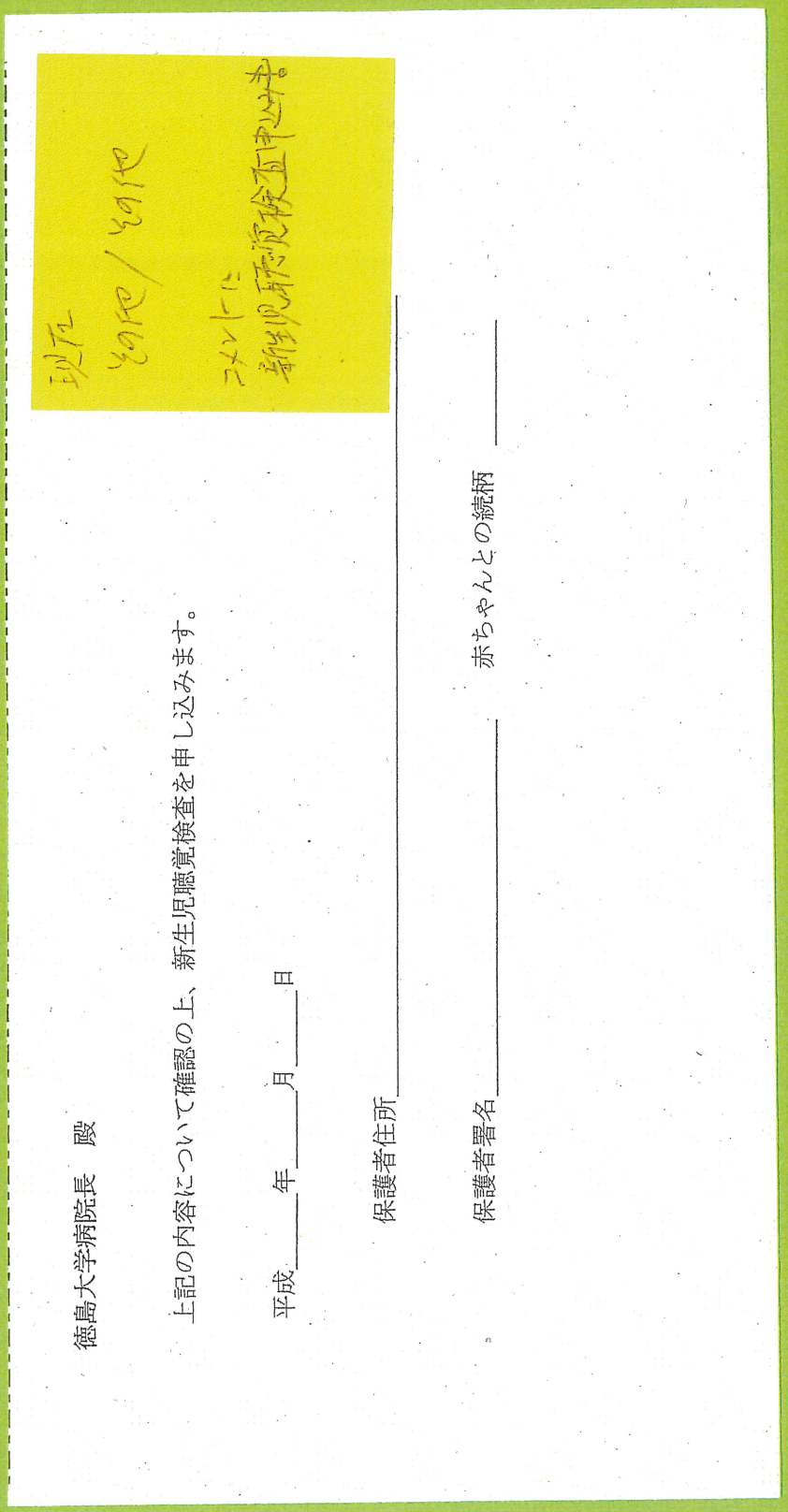
※病棟クラークより提出された文書



※7/19産科婦人科の米谷先生と阿部先生にスキャンが必要か確認中。

入院紙ｶﾙﾃ磁気化ﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾄ調査1　NO.147

※病棟ｸﾗｰｸより提出された文書



徳島大学病院長　殿

上記の内容について確認の上、新生児聴覚検査を申し込みます。

平成＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

保護者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　赤ちゃんとの続柄　＿＿＿＿

補助診療録として 必要

0-S-0501-0088

「新生児聴覚検査同意書兼検査申込書」

※紙運用であるためQRｺｰﾄﾞの付与が必要？7/19産科婦人科病棟医長、外来医長確認中。

※病棟クラークより提出された文書

先天性代謝異常検査等依頼書

（別添１）

補助診療録として 不要。
退院までは病棟で保管。
退院後は病棟にて破棄。

（採血機関）　　殿

平成　　年　　月　　日出生の

（保護者氏名）　　（続柄）　　（子の名前）

　　男
　　の　　
　　女

切り取り線

に対し、先天性代謝異常等の疾患の早期発見のため検査を実施してくださるよう依頼します。

現在
その他／その他
コメント
先天性代謝異常検査等依頼書

平成　　年　　月　　日

保護者
現住所

TEL

氏名　　㊞

退院後の連絡先
住所

TEL

※7/19産科婦人科の米谷先生と阿部先生にスキャンが必要か確認中。

※病棟クラークより提出された文書

スキャンボ

補助診療録として　不要。
退院までは病棟で保管。
退院後は病棟にて破棄。

透析患者サマリー

基本情報			
フリガナ	[redacted]		
氏名			
生年月日			
住所			
連絡先			
職業			
移動方法	車椅子	ADL	見守り
血液型	B型（+）		
感染症	HBs 抗原（+）		
	HCV 抗体（−）		
	Wa（−）		

透析条件	
原疾患	2 型糖尿病
透析種類	HD
導入年月日	2017 年 5 月 1 日
基礎体重	53.3kg
CTR	58.1%(1/5)
透析回数	3 回/週
曜日	火・木・土
透析時間	4 時間
ダイアライザー	Fx140
血液流量	180ml/min
透析液	キンダリー透析剤　4E
抗凝固剤	ヘパリンナトリウム[AY] 初回：1000 単位　持続：750 単位
注射	ネスプ 60μg(毎火曜日) オキサロール 5μg(毎透析時)

入院・治療経過

2017年12月22日直腸癌術後肝転移の加療目的にて倉敷成人病センターより紹介され、長男在住の徳島である当院消化器外科に入院。1/4 肝左葉摘出＋胆嚢摘出術施行、周手術期において大きな異常なく経過されています。術後ドライウェイト55.3kg→53.3kgへ減量しています。透析間の体重増加は、2〜3kg程度であり、目標除水量まで除水できています。血圧は100〜140/−mmHg台と安定しています。V圧が上昇することがありましたが、針先をフラッシュすることで改善しています。

既往歴

高血圧
65 歳より糖尿病で治療（インスリン治療なし）
2017 年 5 月 10 日直腸癌に対しハルトマン手術（ストーマ造設）
2017 年 8 月肝転移

コメント

バスキュラーアクセス

作製日
2017 年 3 月 16 日



穿刺針		
	A 側　セーフタッチカニューラ GA　16G	
	V 側　セーフタッチカニューラ GA　16G	

記録日	2018 年 1 月 18 日	記入者	看護師　向井・河内

徳島大学病院　透析室
2014.8　作成

スキャン済
E-6 呼内
0-S-0501-0053

胸腔ドレナージ・胸膜癒着に関する説明書・同意書

文書番号、QRコードの表示なし（呼内）

[redacted]

1. 病名　肺癌、胸水貯留

2. 期待される効果
胸水貯留にて呼吸障害が出現しており、胸水貯留の悪化が認められているため胸水を排液し再貯留しないための治療を行う必要があり、胸腔ドレナージおよび胸膜癒着が必要と考えられます。しかし効果には個人差があり、上記治療を行ったとしても胸水が再貯留するリスクはあるため、繰り返し行う事や他の方法を用いることもあります。

3. 治療方法
○胸腔ドレナージ：キシロカインにて局所麻酔を行った後に皮下から胸腔内に通路を形成しドレナージチューブを胸腔内に挿入します。その後持続的に胸水を排液します。
○胸膜癒着：胸腔ドレナージ施行後胸水が再貯留しないように癒着剤を胸腔内に注入して胸膜癒着を行います。

4:　合併症・副作用
○胸腔ドレナージ：挿入時に出血、疼痛、気胸、アレルギー反応、血圧低下、感染などの合併症の可能性があり、上記症状出現時には鎮痛剤、点滴、抗生剤の投与、輸血等にて必要に応じて適切な処置を迅速に行います。
胸膜癒着：発熱、疼痛、ショック、アレルギー反応、薬剤性肺炎の合併症の可能性があり、上記症状出現時には鎮痛剤、点滴、抗生剤、ステロイド剤等にて必要に応じて適切な処置を迅速に行います。

補助診療録として 必要
0-S-0501-0053
胸腔ドレナージ・胸膜癒着術の説明同意書

その他

平成 29 年 8 月 4 日

呼吸器内科　説明医師　鈴江涼子 ㊞

以上の説明により胸腔ドレナージ・胸膜癒着の必要性および危険性を理解できましたので、胸腔ドレナージおよび胸膜癒着の治療を受けることに同意します

徳島大学病院病院長　殿

平成29年 8月 4日

[redacted]

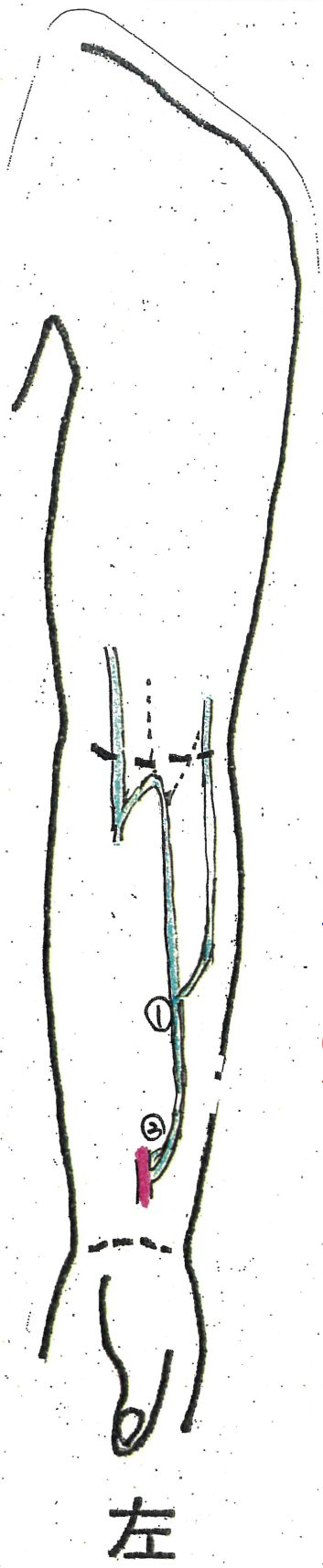
立会人　　印

（続柄　患者の　　）

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1 No.151

検査日 2017/10/10　カルテNo.　氏名　文書番号が必要？

症状
f/u　脱血不良(QB　→　)　静脈圧上昇(　mmHg)　(狭窄)　狭窄音
シャント音低下　再循環(　%)　止血困難(A・V)　穿刺困難(A・V)　過剰血流
末梢循環障害　浮腫(　)　痛み　瘤(　)
感染(　)　閉塞　その他(　)



グラフト(＋ ・ (－))　ステント(＋ ・ (－))
本

BA ((1) . 2)本

Flow Vol (ml/min)		
RI		

⑥　mm (　)

⑤　mm (　)

④　mm (　)

③　mm (　)

②　1.1　mm (　)

①　1.0 → 2.5　mm (　)
PTAにて

補助診療録として 必要
※紙運用であったため、文書作成し電子カルテ内へ設定済。(コスト連携)
0-S-0605-0005
シャント超音波所見(右・左・パルストプラ加算の有無等4種類あり)

検査担当　田崎D、西村

次回予約 (　m・w・d後 tel なし)
PTA (　/　)
OPE (　/　・　)

タイムスタンプシール用

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　No.152

患者氏名：[redacted]　　患者番号：[redacted]

W-4 腎内
文書番号なし
(1/2枚目)

慢性透析患者バスキュラーアクセスに対する経皮的血管形成術を受けられる方へ

【PTA(経皮的血管形成術)の目的と方法】

PTAはシャントの狭くなってしまった部分(狭窄部)を、血管に管を通し、バルーンを膨らますことにより治療する方法です。狭窄を解除することにより、患者さまは透析に必要な血流を十分に得られたり、透析における再循環やシャント肢の浮腫を防ぐことが出来ます。具体的な方法といたしましては、

①皮膚から針を刺し、局所麻酔を行い、シース(針よりも太い管で、血管を広げるために必要な様々な道具を血管内に送りこみます)を血管内に挿入します。

②シースからガイドワイヤー(もっとも細い管で、血管の狭い部分を通過させるのに必要です)を挿入、そのあとバルーン(圧をかけて狭窄部を膨らませます)を挿入します。

③狭い部分に局所麻酔を行い、血管を膨らます際の痛みをとるようにします。

④バルーンに圧をかけて狭窄部を膨らませます。

⑤シースを血管から抜いて、止血を行います(約10分)。血が止まらない場合は、縫合にて止血することもあります。

【ご注意】

1. PTAの治療中に、病変部に急速に血栓が形成されたり、血管壁の解離を生じ、血流が回復しない場合があります。

2. PTAの術中および術後には、治療した血管内に血栓がつきにくくするために、血が固まりにくくなるような薬を使用しますので、管を入れた部分からの出血が止まりにくくなり、血腫と呼ばれる血の塊や'あざ'が出来ることがあります。これらは、通常、特別に治療を加えなくても徐々に消退していきますが、まれに出血が持続して血圧が低下する場合があります。

3. カテーテル操作に伴い、動脈壁に傷がついたり小さな穴が開き、ここから出血を起こすことがまれにあります。

補助診療録として 必要
※紙運用であったため、同意書作成し電子カルテ内へ設定済。
0-S-0501-0719
血管透析用ｼｬﾝﾄに対する超音波ｶﾞｲﾄﾞ下PTAの説明同意書

W-4 腎内
文書番号なし
(2/2枚目)

4. まれに、PTAを施行することにより、血栓が肺に流れて胸痛や呼吸困難を起こすことがあります。

5. 以上のような合併症、あるいは予期し得ない副作用が生じた場合には、最善の処置・治療を行います。緊急のカテーテル的処置、血栓溶解剤の投与や手術が必要となることがありますが、その際の経費は原則として患者さんの負担になりますので、あらかじめ承知おきください。

6. 血管の閉塞部分をカテーテルが通過しない場合には、十分な治療を行えずに、手技を中止することがあります。

7. 今回の治療により、病変部が十分拡張しても、何人かに一人の患者様では、しばらく時間が経過してから、再狭窄と呼ばれる現象が起こって血流が再び障害され、再度治療が必要となる場合があります。

以上、説明に納得された方は同意書に署名の上、検査予定日までに、主治医に提出して下さい。ご承諾が得られないさいには、PTAを中止とします。また、同意書を提出された後でも、PTAを中止することができますので、いつでもお申し出ください。

実施予定日：2017年10月10日

平成29年10月5日

説明医師

和仁賢二

補助診療録として 必要
※紙運用であったため、同意書作成し電子カルテ内へ設定済。
0-S-0501-0719
血管透析用シャントに対する超音波ガイド下PTAの説明同意書

スキャン済

入院紙カルテ磁気化プロジェクト調査1　No.154

W-4 腎内
文書番号なし
(1/2枚目)

説　明　書

担当医師　氏名　西村 賢二

1. 病状

シャント血管の一部に狭窄を認めており、それにより
シャント発達が妨げられている状態です。

2. 治療方法

超音波ガイド下で　経皮的血管形成術を施行します。

補助診療録として 必要
※紙運用であったため、同意書作成し電子カルテ内へ設定済。
0-S-0501-0719
血管透析用シャントに対する超音波ガイド下PTAの説明同意書

3. 今回実施予定の治療方法

(1) 概要

別紙参照下さい。

(2) 問題点

別紙参照下さい。

4. 病状予測（予後）

経皮的血管形成術により　シャント血管の狭窄が改善すれば
シャント発達が促され、血液透析の導入が可能
なると考えています。
発達不良が残存する際は、シャント再建手術などを考慮
します。
シャント狭窄は、再燃することがあり　血管形成術が繰り返し
必要となる可能性があります。

W-4 腎内
文書番号なし
(2/2枚目)

手術同意書

患者名 [redacted] 様

私は、担当医師から病状及び治療方法等について裏面のとおり説明を受け、実施を予定された手術の内容と問題点及びその手術の必要なことが理解できました。よって、十分納得できましたので 超音波ガイド下経皮的血管形成術 の手術を受けることに同意致します。

平成 29 年 10 月 5 日

徳島大学病院長　殿

補助診療録として 必要
※紙運用であったため、同意書作成し電子カルテ内へ設定済。
0-S-0501-0719
血管透析用シャントに対する超音波ガイド下PTAの説明同意書

患者氏名

立会人　住所

氏名　　印

続柄（患者の　　）

備考：立会人欄は、親族又は保証人が記入して下さい。