

気分障害クリニカルパス

氏名 _____

主治医(_____)

担当スタッフ(_____)

期間	I 期		II 期			III 期			
	1週目		2週目	3週目	4週目	5週目	6週目	7週目【 月 日】	8週目【 月 日】
	入院【 月 日】	1週目【 月 日】	【 月 日】	【 月 日】	【 月 日】	【 月 日】	【 月 日】	【 月 日】	【 月 日】
Dr.	<input type="checkbox"/> 身体疾患の確認 <input type="checkbox"/> SDMIに基づき、患者・家族と治療方針の決定 <input type="checkbox"/> SDM1 <input type="checkbox"/> 入院治療・行動制限についての同意取得 (入院同意書・行動制限各種同意書) <input type="checkbox"/> 入院時検査(生化学、末血、尿) <input type="checkbox"/> ECG EEG <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン撮影 <input type="checkbox"/> 頭部CT検査 <input type="checkbox"/> 食事箋発行	<input type="checkbox"/> 簡易型PSG <input type="checkbox"/> PSG(必要に応じて)	<input type="checkbox"/> 身体管理 <input type="checkbox"/> SDMIに基づき、患者・家族と治療方針の決定 <input type="checkbox"/> SDM2 <input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し		<input type="checkbox"/> 身体管理 <input type="checkbox"/> SDMIに基づき、患者・家族と治療方針の決定 <input type="checkbox"/> SDM3 <input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し <input type="checkbox"/> 定期採血(生化学、末血、尿) <input type="checkbox"/> 薬物血中濃度(必要に応じて) <input type="checkbox"/> PRL濃度			<input type="checkbox"/> 身体管理 <input type="checkbox"/> SDMIに基づき、患者・家族と退院後の治療方針の決定 <input type="checkbox"/> SDM4 <input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し <input type="checkbox"/> 定期採血(生化学、末血、尿) <input type="checkbox"/> 薬物血中濃度(必要に応じて) <input type="checkbox"/> PRL濃度	
Ns.	<input type="checkbox"/> オリエンテーション <input type="checkbox"/> 既往歴聴取 <input type="checkbox"/> 身体合併症の有無 <input type="checkbox"/> 入院時基礎情報(薬剤アレルギーと副作用) <input type="checkbox"/> セルフケアアセスメント(オレム・アンダーウッド) <input type="checkbox"/> 褥瘡リスクアセスメント <input type="checkbox"/> 身体拘束時の身体症状観察(1回/30分) <input type="checkbox"/> 睡眠(自己・Ns評価) ◆生活援助 <input type="checkbox"/> 食事の促し・介助、拒食の援助 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 保清(洗面・入浴・更衣) <input type="checkbox"/> 睡眠(環境調整) <input type="checkbox"/> 約定書契約	<input type="checkbox"/> 副作用チェック <input type="checkbox"/> 睡眠(自己・Ns評価)	<input type="checkbox"/> セルフケアアセスメント <input type="checkbox"/> 転倒転落アセスメント <input type="checkbox"/> 副作用チェック <input type="checkbox"/> 生活自立度チェック <input type="checkbox"/> 病棟カンファレンス		<input type="checkbox"/> セルフケアアセスメント <input type="checkbox"/> 転倒転落アセスメント <input type="checkbox"/> 生活自立度チェック <input type="checkbox"/> 病棟カンファレンス			<input type="checkbox"/> セルフケアアセスメント <input type="checkbox"/> 転倒転落アセスメント <input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック <input type="checkbox"/> 退院後の生活について <input type="checkbox"/> 病棟カンファレンス	<input type="checkbox"/> 約定書 解約 (預かり金精算) <input type="checkbox"/> 退院後の 具体的環境 調整
PSW	<input type="checkbox"/> 入院時チェックリスト・社会資源チェックリスト	<input type="checkbox"/> 本人へ退院後生活環境相談員の説明			<input type="checkbox"/> 利用サービスの意思確認(本人・家族) <input type="checkbox"/> 関係機関との連携 <input type="checkbox"/> 社会資源チェックリスト			<input type="checkbox"/> 入院時チェックリスト・社会資源チェックリスト <input type="checkbox"/> 退院後の週間スケジュール確認(本人・家族) <input type="checkbox"/> 関係機関との連携	
OT	<input type="checkbox"/> OTオリエンテーション <input type="checkbox"/> 作業療法実施計画立案	<input type="checkbox"/> POMS <input type="checkbox"/> OSA-II	<input type="checkbox"/> POMS <input type="checkbox"/> OSA-II		<input type="checkbox"/> POMS <input type="checkbox"/> OSA-II			<input type="checkbox"/> POMS <input type="checkbox"/> OSA-II	
薬剤師	<input type="checkbox"/> 入院時患者・家族聞き取り <input type="checkbox"/> 持参薬チェック <input type="checkbox"/> DAI-10 <input type="checkbox"/> DIEPSS <input type="checkbox"/> SAI-J	<input type="checkbox"/> 薬剤管理指導スター (薬の説明、副作用の有無確認)	<input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> DAI-10 <input type="checkbox"/> DIEPSS <input type="checkbox"/> SAI-J <input type="checkbox"/> 気分安定薬・睡眠薬・抗うつ薬/量チェック		<input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> DAI-10 <input type="checkbox"/> SAI-J <input type="checkbox"/> DIEPSS			<input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> DAI-10 <input type="checkbox"/> SAI-J <input type="checkbox"/> DIEPSS <input type="checkbox"/> 退院時患者・家族服薬指導	
CP.	<input type="checkbox"/> HAM-D <input type="checkbox"/> YMRS		<input type="checkbox"/> HAM-D <input type="checkbox"/> YMRS		<input type="checkbox"/> HAM-D <input type="checkbox"/> YMRS			<input type="checkbox"/> HAM-D <input type="checkbox"/> YMRS	
栄養士					<input type="checkbox"/> 栄養指導			<input type="checkbox"/> 栄養指導	
医事	<input type="checkbox"/> 保険証確認 <input type="checkbox"/> 限度額認定証確認 <input type="checkbox"/> 入院申込書 <input type="checkbox"/> 保険外サービス各種同意書				<input type="checkbox"/> 入院費請求				<input type="checkbox"/> 退院精算・退院証明書発行
Dr.Ns. CW	<input type="checkbox"/> 家族状況確認 <input type="checkbox"/> 患者・家族への情報提供	<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導	<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導	<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導	<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導	<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導	<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導	<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導	<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導