

入院(退院)時チェックリスト

月 日 (入院・退院)

記入者:

施設名:

連絡先 Tel:

記入日: 年 月 日

利用者氏名

病状の安定に必要なこと

薬剤最低2日分(処方は別記)

用意した

不要

使用中の医療機器の供給

用意した

不要

医療機器使用に必要な衛生材料(ガーゼ、綿棒 etc)

用意した

不要

医療機器使用に必要な消毒剤

用意した

不要

生活の維持に必要なこと

食事・栄養剤の手配

用意した

不要

順調な排便のための薬剤、処置等

用意した

不要

順調な排尿のための薬剤、処置等

用意した

不要

痛みの少ない生活のための薬剤、処置等

用意した

不要

良好な睡眠のための薬剤、処置等

用意した

不要

最終の身体情報

バイタルサイン

体温: °C

脈拍: 回/分

血圧: /

呼吸: 回/分

排便: 月 日 排尿: 月 日 時

意識レベル: I・II・III - () / クリア

日付: 月 日 時 分