

ICDSC 記録シート

8 観察領域・スコア・次シフト確認点を 1 枚で記録

患者 ID _____	評価日 _____	評価者 _____	シフト / 時刻 _____
診療科 / 病棟 _____	鎮静レベル _____	評価成立 _____	情報源 _____

評価前にそろえる条件	
<input type="checkbox"/> 覚醒 深鎮静で反応が乏しい場合は判定保留	<input type="checkbox"/> 疼痛・呼吸 疼痛・呼吸苦・不快刺激を確認
<input type="checkbox"/> 感覚補助 眼鏡・補聴器・提示方法を調整	<input type="checkbox"/> 観察期間 シフト中または 24 時間以内の情報を統合

8 観察領域 (該当はチェックし、根拠を短く記録)		
観察領域	該当	根拠メモ (時間帯・行動・反応)
意識レベルの変化	<input type="checkbox"/>	_____
注意の保ちにくさ	<input type="checkbox"/>	_____
見当識の揺れ	<input type="checkbox"/>	_____
幻覚・妄想など	<input type="checkbox"/>	_____
精神運動の亢進または低下	<input type="checkbox"/>	_____
会話・情緒の不適切さ	<input type="checkbox"/>	_____
睡眠・覚醒リズムの乱れ	<input type="checkbox"/>	_____
症状の変動	<input type="checkbox"/>	_____

合計点と次の行動	
合計 <input type="text" value=""/> / 8 点 <input type="checkbox"/> 0: 所見なし <input type="checkbox"/> 1-2: 一部所見 <input type="checkbox"/> 3: 境界域 <input type="checkbox"/> 4以上: せん妄疑い	共有先 _____ 次シフト確認点 _____ リハ時の調整 _____

再評価メモ (変化・根拠・申し送り)
_____ _____ _____