

# せん妄リスク確認・対策回収チェックシート

患者ID _____	氏名 _____	入院日 _____	記入日 _____
担当 _____	病棟 _____	診療科 _____	再評価予定 _____

## 1. リスク確認（入院前～入院後3日以内）

確認	項目	記録・メモ
<input type="checkbox"/>	高齢・脳器質的障害・認知症／疑い	該当因子・情報源：
<input type="checkbox"/>	アルコール多飲・せん妄既往	本人／家族／前回記録：
<input type="checkbox"/>	リスク薬剤・全身麻酔手術	薬剤師確認・手術予定：

## 2. ハイリスク時の対策（非薬物を束ねる）

	対策領域	実施内容・担当
<input type="checkbox"/>	見当識・環境	日付／場所／予定提示、眼鏡・補聴器確認 担当：
<input type="checkbox"/>	水分・睡眠	脱水予防、昼夜リズム調整、夜間刺激整理 担当：
<input type="checkbox"/>	離床・活動	日中離床、活動量確保、疼痛確認 担当：
<input type="checkbox"/>	薬剤・説明	薬剤レビュー依頼、本人・家族説明 担当：

## 3. 回収記録（次回ラウンド／カンファで確認）

項目	記入欄
対策開始日	月 日 時頃
次回評価期限	<input type="checkbox"/> 24 時間後 <input type="checkbox"/> 48 時間後 <input type="checkbox"/> 72 時間後 <input type="checkbox"/> その他：
結果・変化	睡眠／不穏／活動量／疼痛／環境反応：
次の打ち手	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> カンファ相談：

## 4. 自由記載・申し送りメモ

---

---

---

---

---

## 5. 最終チェック

3日以内に確認  対策開始日あり  担当あり  次回評価期限あり  結果回収あり