

S・O情報		アセスメント
<p>III 排 泄</p>	<p>1. 排便習慣</p> <p>1) 排便パターン 排便回数 回/日</p> <p>2) 便の性状 色: 硬さ: 混入物: 臭気:</p> <p>3) 腹部症状 腹部膨満の有無 腹壁: 腸蠕動:</p> <p>4) 排便方法 <input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>便器 <input type="checkbox"/>ポータブルトイレ <input type="checkbox"/>トイレ</p> <p>5) 腹部X-Pの所見</p> <p>2. 排尿習慣</p> <p>1) 排尿パターン 排尿回数 回/日 (夜間 回)</p> <p><input type="checkbox"/>失禁 <input type="checkbox"/>排尿困難 <input type="checkbox"/>排尿時痛 <input type="checkbox"/>残尿感 <input type="checkbox"/>頻尿</p> <p>2) 尿の性状 色: 臭気: 混入物:</p> <p>3) 排尿方法 <input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>尿器 <input type="checkbox"/>ポータブルトイレ <input type="checkbox"/>トイレ</p> <p>4) 排泄に関する薬剤の使用 (薬品・用量・用法・作用・副作用)</p> <p>5) 抗コリン作用のある薬剤の服用状況 (薬品名・用量・用法)</p> <p>6) 腎機能の検査データ</p>	<p style="text-align: center;">アセスメント</p>
		看護上の問題
<p>IV 活 動 ・ 運 動</p>	<p>1. 基本的運動能力 (呼吸・循環)</p> <p>1) 呼吸</p> <p>①呼吸回数 回/分 ②SpO2 % ③リズム ⑤呼吸困難の有無 ⑦咳の有無 ⑧呼吸音</p> <p>⑨胸部レントゲン所見 ⑩喫煙歴</p> <p>2) 循環</p> <p>①脈拍 回/分 ②リズム ③血圧 / mmHg</p> <p>3) 循環・呼吸に関する薬剤の使用 (薬品名・用量・用法・作用・副作用)</p> <p>2. 日常生活活動 (行動レベルで記載する: どこまでできるのか、どこからできないのか)</p> <p>1) 整容</p> <p>2) 更衣・服装</p> <p>3) 入浴</p> <p>4) 掃除・部屋の片づけ</p> <p>5) 洗濯</p> <p>6) 買い物</p> <p>3. 運動性の活動の有無 1) チック 2) 振戦 3) 小刻み歩行 4) 活動低下 5) 過活動</p>	<p style="text-align: center;">アセスメント</p>
		看護上の問題

S・O情報		アセスメント
V 睡眠 ・ 休息	<p>1. 睡眠と休息</p> <p>1) 睡眠時間 時間</p> <p>2) 就寝時間 時</p> <p>3) 起床時間 時</p> <p>4) 熟眠感 無 ・ 有</p> <p>(1) 入眠困難の有無と理由</p> <p>(2) 中途覚醒の有無と理由</p> <p>5) 日中の休息状況</p> <p>6) 睡眠に関する薬剤の使用（薬品・用量・用法・作用・副作用）</p>	
		看護上の問題
VI 認知 ・ 知覚	<p>1. 感覚</p> <p>1) 視力障害の有無 2) 聴力障害の有無 3) 嗅覚障害の有無 4) 触覚障害の有無</p> <p>5) めまいの有無と程度</p> <p>2. 疾患について</p> <p>1) 成育歴</p> <p>2) 陽性症状（現在見られない場合、過去にどのような症状があった内容を記入する）</p> <p>3) 陰性症状（具体的にどのような状況か記入する）</p> <p>4) 認知機能障害の程度</p> <p>5) 感情の異常の有無 <input type="checkbox"/>抑うつ気分 <input type="checkbox"/>感情鈍麻 <input type="checkbox"/>易刺激性 <input type="checkbox"/>焦燥 <input type="checkbox"/>その他</p> <p>6) 意欲・行動障害の有無 <input type="checkbox"/>興奮 <input type="checkbox"/>攻撃的行動 <input type="checkbox"/>無為 <input type="checkbox"/>拒絶（拒食・拒薬） <input type="checkbox"/>強迫行為 <input type="checkbox"/>他害・自傷行為 <input type="checkbox"/>常同行動</p> <p>7) 知的障害の有無</p> <p>8) 錐体外路症状の有無 <input type="checkbox"/>アカシジア <input type="checkbox"/>パーキンソニズム <input type="checkbox"/>ジストニア <input type="checkbox"/>遅発性ジスキネジア</p> <p>3. 抗精神病薬の使用（薬品・用量・用法・作用・副作用）</p> <p>4. 薬剤の増減の有無（2週間以内にあれば、薬品名・用量・用法の変更を記入する）</p> <p>5. 不快症状の有無（薬剤使用があれば薬品名・用量・用法・作用・副作用を記入）</p>	
		看護上の問題

S・O情報		アセスメント	
VII 自 己 知 覚 ・ 自 己 像	1. 感情状態 1) 気分の観察 ①表情 ②視線 ③声 ④話し方 2. 能力と自己尊重 1) 自分で認識している長所・短所・性格 2) 自分についてどのように思っているのか 3) 今後どのようになりたいと考えているのか 3. ボディイメージ（身体構造、機能の変化） 1) 自分の容姿、外見の思い 4. 学歴		
	看護上の問題		
VIII 役 割 ・ 関 係	1. 家族での役割と責任 1) 家族構成図 2) 家族あるいは親類との関係性 3) 入院中協力してくれる人（キーパーソン） 4) 面会の有無、頻度 2. 仕事上の役割と責任 1) 職歴の有無（あれば職業を記入する） 2) 仕事に対する思い 3. 他者との関係成立 1) 人付き合いに関する本人の思い 2) 集団で過ごす場面の頻度・長さとその時の様子 3) 他者と関わる頻度 4. 医療費 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 健本 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 高齢者医療 <input type="checkbox"/> 難病 5. 金銭管理状況		
	看護上の問題		
5. 小遣いの額（週あるいは1日） 6. 経済的に支えてくれる人物の有無と入院費等の支払い方法			

S・O情報		アセスメント
IX 性 ・ 生 殖	1. 性機能 1) 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 2) 女性 ①閉経（ ）歳 ②月経周期 ③妊娠回数（ ）回 分娩回数（ ）回 ④生殖器疾患の既往 3) 男性 ①生殖器疾患の既往 2. 自分自身（男性らしさ・女性らしさ）への満足度	
		看護上の問題
X コ ー ピ ン グ ・ ス ト レ ス	1. 最近のストレスとその対処 1) 現在、ストレスに感じていること 2. コーピング方法 1) 日頃、ストレスをどのように対処しているか 3. 現在起こっている自己防衛反応 <input type="checkbox"/> 退行 <input type="checkbox"/> 抑圧 <input type="checkbox"/> 否認 <input type="checkbox"/> 転換・置き換え <input type="checkbox"/> 同一化 <input type="checkbox"/> 取り入れ <input type="checkbox"/> 投影（投射） <input type="checkbox"/> 反動形成 <input type="checkbox"/> 抑圧 <input type="checkbox"/> 分離・解離 <input type="checkbox"/> 合理化 <input type="checkbox"/> 取り消し（復元） <input type="checkbox"/> 昇華 <input type="checkbox"/> 知性化（観念化） 4. サポートシステム 1) どんなサポートを周囲に望んでいるか 2) 自分をサポートしてくれる人はいるか	
		看護上の問題
XI 価 値	1. 価値・目標・信念 1) 人生や生活の中で一番大切に思っているもの（こと） 2) 人生における希望や生きる力（生きがい）になっていること	
		看護上の問題