

切迫流産・切迫早産クリティカルパス 患者氏名 _____ 様

担当医師名: _____

経過	入院日 (/) 妊娠 週 日	2日目以降	退院日 (/) 妊娠 週 日
目標	正期産(妊娠37週)まで妊娠を継続できる		退院基準 ○NSTにて子宮収縮がない 退院基準 ○出血や破水がない 退院基準 ○異常時の受診や対処方法がわかる
治療・薬剤	<input type="checkbox"/> 安静 <input type="checkbox"/> 子宮収縮抑制剤 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 持続点滴 (薬剤) <input type="checkbox"/> ステロイド剤投与 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 安静 <input type="checkbox"/> 子宮収縮抑制剤 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 持続点滴 (薬剤)(/) <input type="checkbox"/> ステロイド剤投与 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 退院処方 (有・無) <input type="checkbox"/> 次回の受診日 (/)
処置	<input type="checkbox"/> 膣洗浄 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
検査	<input type="checkbox"/> 内診 <input type="checkbox"/> 胎児心拍モニター検査(回 / 日)・胎児心音検査(回 / 日) <input type="checkbox"/> 超音波エコー検査 (回 / 週) <input type="checkbox"/> 膣分泌物培養検査 <input type="checkbox"/> 早産マーカー検査 (フィブロネクテン検査) <input type="checkbox"/> 破水が疑われる場合、破水の検査 (チェックプロム検査) <input type="checkbox"/> 採血・採尿	<input type="checkbox"/> 膣分泌物培養検査(GBS) (/) <input type="checkbox"/> 検査データの確認 (/)	<input type="checkbox"/> 胎児心拍モニター検査 <input type="checkbox"/> その他の検査
活動・安静度・排泄	<input type="checkbox"/> 病院内フリー <input type="checkbox"/> 病棟内フリー <input type="checkbox"/> トイレ・洗面所歩行可 <input type="checkbox"/> ベッド上安静(尿の管使用・排便のみポータブルトイレ使用可) <input type="checkbox"/> ベッド上安静(寝たまま・尿の管使用)	<input type="checkbox"/> 病院内フリー(/) <input type="checkbox"/> 病棟内フリー(/) <input type="checkbox"/> トイレ・洗面所歩行可(/) <input type="checkbox"/> ベッド上安静(フォーレ挿入排便はポータブルトイレ可)(/) <input type="checkbox"/> ベッド上安静(フォーレ挿入排便はベット上)(/)	<input type="checkbox"/> 安静度フリー
食事	<input type="checkbox"/> 妊婦食 <input type="checkbox"/> 治療食() ・食事のアレルギー <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 妊婦食 (/) <input type="checkbox"/> 治療食() (/)	<input type="checkbox"/> 症状や病状にあわせバランスのとれた食事摂取の説明
清潔	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 陰部洗浄		<input type="checkbox"/> シャワー可能 <input type="checkbox"/> 破水した場合の対処の説明
説明	<input type="checkbox"/> 医師からの病状説明 <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 病棟オリエンテーション <input type="checkbox"/> 限度額適用認定の申請について説明 <input type="checkbox"/> 産科医療補償制度の説明 <input type="checkbox"/> 出産育児一時金 委任払い利用の説明	<input type="checkbox"/> 母親学級・両親学級のすすめ <input type="checkbox"/> おっぱい教室のすすめ <input type="checkbox"/> 医師からの病状説明 (/)	<input type="checkbox"/> 保険に関する入院証明書の手続きの説明
その他	<input type="checkbox"/> 各書類の確認 入院治療計画書 保険外負担 特別療養環境室同意書 助産録・問診表 NSTの用紙 <input type="checkbox"/> 看護プロファイルの入力 <input type="checkbox"/> 看護指示の入力(清潔・シーツ交換・血圧、体重測定) <input type="checkbox"/> 褥瘡危険因子評価表の記入 <input type="checkbox"/> 転倒転落スコアシートへの記入 <input type="checkbox"/> 標準看護計画の立案	<input type="checkbox"/> 助産録・バースプランの確認 <妊娠34週以降> <input type="checkbox"/> 分娩の物品準備の説明・あずかり <input type="checkbox"/> お産セットの申し込み (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> サービスと検査 ・聴覚検査・先天代謝・K2シロップ ・うぶ声メッセージ・臍希望 <input type="checkbox"/> 分娩の場所 <input type="checkbox"/> 分娩の方針	<input type="checkbox"/> 褥瘡危険因子評価表の記入 <input type="checkbox"/> 退院療養計画書、退院証明書 <input type="checkbox"/> 母子手帳への記載 <input type="checkbox"/> 看護指示の削除、標準看護計画の評価 <input type="checkbox"/> 転倒転落スコアシートへの記入
観察・記録	<input type="checkbox"/> 火・金曜日血圧測定 <input type="checkbox"/> 金曜日体重測定 <input type="checkbox"/> 食事摂取量確認 <input type="checkbox"/> 排便の有無 <input type="checkbox"/> 切迫症状の観察		
時系列記録有			
バリバランス			△ 有・無
担当看護師署名			

看護師署名: _____