

術前日までに確認（初回のみ）

チェック項目	施行・確認日	サイン	チェック項目	施行・確認日	サイン		
・胸部レントゲン・採血	術前検査 の有効期 限は1コ ース	／	／	()	麻酔科診察（水・金曜日のみ）	／	()
・ECG		／	()	術前薬の有無	(有・無)	()	
・脳波		／	()	循環作動薬内服及び内服変更の 有無、有りは麻酔科医指示確認	薬（有・無）薬剤名：()	()	
・MRA・MRI または CT		／	()		薬（有・無）	()	
治療の同意書	／	()	体内金属類・眉墨・入れ墨アイライ ンの有無、有りは精神科医確認	薬（有・無）金属名：()	()		
麻酔の同意書	／	()		医師確認（済・未）	()		
患者オリエンテーション	／	()	ギャッジベッドへの交換	／	()		

術前日までに確認（毎回）

ECT回数	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回	9回	10回	11回	12回
日付	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
術前指示の確認（看護ワークシート）												
ECT2回目以降循環作動薬変更(有・無) 有りは麻酔科医指示確認しサイン		有・無 ()	有・無 ()	有・無 ()	有・無 ()	有・無 ()	有・無 ()	有・無 ()	有・無 ()	有・無 ()	有・無 ()	有・無 ()
薬剤師との内服薬確認												
定時薬セット変更確認												
術当日の食止め入力指示確認												
術当日の DIV 入力指示確認												
マニキュア・指輪除去の確認												
Ns 確認サイン	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

出棟前に確認（毎回）

ECT回数	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回	9回	10回	11回	12回
日付	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
患者識別バンド装着の確認												
上半身前開きのパジャマの着用(下着 なし)、弾性ストッキング・靴下、入れ 歯・金属類(眼鏡・ヘアピン・指輪・補 聴器)、コンタクトレンズ・湿布の除去 の確認												
口腔ケア・顔面(頸部)の洗顔の確認 (整髪料・化粧品の使用は禁止)、トイ レ誘導												
手術出棟物品(診察券・同意書・ワーク シート)、脳波記録ファイル(前回分の 脳波記録用紙は必ず)、酸素ボンベ(残 量確認)、酸素マスク、ベッドハンドル (必要時)、ベッド柵 2 本(ヘッドボー ド・枕除去)												
Ns 確認サイン	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

図2 ECT 術前チェックリスト