

看護師の朝の情報収集チェックリスト

まず確認 | 受け持ち全体の優先順位

- ☐ 受け持ち患者さんの人数を確認した
- ☐ 重症・状態が不安定な患者さんを確認した
- ☐ 手術・検査・処置予定の患者さんを確認した
- ☐ 退院・転院予定の患者さんを確認した
- ☐ 初めて受け持つ患者さんを確認した
- ☐ 最初に訪室する患者さんを決めた

患者さんごとの情報収集

①基本情報

- ☐ 氏名・年齢
- ☐ 入院日
- ☐ 入院目的・主病名
- ☐ 現在の主な問題
- ☐ 治療方針
- ☐ 重要な既往歴
- ☐ アレルギー
- ☐ 感染症・必要な感染対策
- ☐ キーパーソン
- ☐ コードステータス・蘇生に関する方針

メモ

病名・入院目的：

現在の問題：

注意する既往歴：

②今日の予定

- ☐ 手術の有無・開始時間
- ☐ 検査の有無・出棟時間
- ☐ 処置の内容・予定時間
- ☐ リハビリの予定
- ☐ 医師からの説明・面談
- ☐ 退院・転院の予定
- ☐ 絶食・絶飲の指示
- ☐ 内服薬の休薬指示
- ☐ 検査・処置前後の指示
- ☐ 同意書や必要書類の確認

メモ（時間 | 予定）

：
：
：

③夜間から朝までの変化

- ☐ 最新の看護記録を確認した
- ☐ 最新の医師記録を確認した

- ☐ 発熱の有無
- ☐ 血圧・脈拍の変化
- ☐ 呼吸状態・SpO₂の変化
- ☐ 意識状態の変化
- ☐ 疼痛の有無・鎮痛薬の使用
- ☐ 嘔気・嘔吐の有無
- ☐ 不穏・せん妄・危険行動の有無
- ☐ 転倒・転落の有無
- ☐ 医師へ報告した内容
- ☐ 新しく追加・変更された指示
- ☐ 夜間に行われた処置

夜間の変化

④ バイタルサイン・症状

- ☐ 体温
- ☐ 血圧
- ☐ 脈拍
- ☐ 呼吸数
- ☐ SpO₂
- ☐ 酸素投与量・投与方法
- ☐ 意識レベル
- ☐ 疼痛の程度
- ☐ 患者さんの普段の値
- ☐ 前日・夜間からの変化

注意したい症状

⑤ 点滴・内服・処置

- ☐ 点滴の種類
- ☐ 投与速度
- ☐ 残量・更新予定時間
- ☐ 抗菌薬の種類・投与時間
- ☐ インスリンの指示
- ☐ 血糖測定的时间
- ☐ 麻薬・鎮痛薬の使用状況
- ☐ 内服薬の変更・中止
- ☐ 輸血の有無・予定時間
- ☐ 酸素療法の指示
- ☐ 創部処置の有無
- ☐ ドレーン・カテーテルの種類
- ☐ ルートの本数・挿入部位
- ☐ 検査前後に必要な点滴・内服

時間指定の薬剤・処置

:

:

:

⑥ 検査データ

優先して確認する項目

- ☐ 基準値から外れているデータ
- ☐ 前回から大きく変化したデータ
- ☐ 現在の病態に関係するデータ
- ☐ 医師が注目しているデータ
- ☐ 本日再検査する項目

病態に応じた確認例

- ☐ 出血：Hb・血小板など
- ☐ 感染：WBC・CRP・体温・培養結果など
- ☐ 腎機能：Cr・eGFR・尿量など
- ☐ 電解質：Na・Kなど
- ☐ 肝胆道系：AST・ALT・ALP・γ-GTP・ビリルビンなど
- ☐ 心不全：BNP・腎機能・電解質・水分出納など
- ☐ 糖尿病：血糖値・食事量・インスリン指示など

異常値・変化したデータ

項目：	今回：	前回：
項目：	今回：	前回：

※検査値は単独で判断せず、患者さんの症状や経過と合わせて確認する。

⑦ADL・安全面

- ☐ 食事形態・摂取量
- ☐ 絶食・飲水制限
- ☐ 排泄方法
- ☐ 最終排便
- ☐ 尿量・排尿状況
- ☐ 移動方法
- ☐ 歩行状態
- ☐ 移乗の介助量
- ☐ 清潔ケアの介助量
- ☐ 認知機能
- ☐ ナースコールの使用状況
- ☐ 転倒・転落リスク
- ☐ 不穏・危険行動
- ☐ 身体抑制の有無
- ☐ 離床センサーなどの使用
- ☐ 褥瘡・皮膚トラブル
- ☐ 2人以上の介助が必要な場面

ADL・安全面の注意事項

⑧勤務中の観察ポイント

- ☐ 今日もっとも注意する症状を決めた
- ☐ 起こり得る合併症を確認した
- ☐ 観察が必要な時間帯を確認した
- ☐ 医師への報告基準を確認した
- ☐ 最初に訪室する患者さんを決めた
- ☐ 再検が必要なデータを確認した
- ☐ 患者さんに直接確認したい内容を整理した

今日の観察ポイント

1.
-
2.
-
3.
-

⑨報告・確認事項

- ☐ 医師に確認すること
- ☐ リーダーに報告すること
- ☐ 夜勤者から直接聞きたいこと
- ☐ 薬剤師・リハビリ・栄養士などへ確認すること
- ☐ 患者さん・家族へ確認すること
- ☐ 退院・転院に関する調整事項

確認すること

誰に：

内容：

誰に：

内容：

勤務開始前の最終チェック

- ☐ 勤務開始直後の予定を把握した
- ☐ 時間指定の薬剤・検査・処置を確認した
- ☐ 絶飲食・休薬指示を確認した
- ☐ 急変リスクが高い患者さんを把握した
- ☐ 最初に訪室する順番を決めた
- ☐ 医師・リーダーへの確認事項を整理した
- ☐ わからないことを一人で抱え込んでいない

勤務中に追加で確認してもよい項目

朝の短い時間ですべてを把握する必要はありません。次の内容は、緊急性がなければ患者さんへの訪室やケアをしながら追加で確認します。

- ☐ 詳しい入院経過
- ☐ 過去の医師記録
- ☐ 病態の詳しい学習
- ☐ 退院後の生活背景
- ☐ 家族関係や社会的背景
- ☐ リハビリの詳しい経過
- ☐ 栄養指導・服薬指導の内容
- ☐ 看護計画の詳しい評価
- ☐ 今後の治療方針

1人分を簡単にまとめる情報収集メモ

患者名・部屋番号	
病名・入院目的	
現在の問題	
今日の予定	
夜間の変化	
注意する症状	
点滴・内服・処置	
ADL・安全面	
観察ポイント	
報告・確認事項	

使い方のポイント

このチェックリストを毎日すべて埋める必要はありません。

最初に「今日の予定」「夜間の変化」「最新の指示」を確認し、患者さんの病態に合わせて必要な項目を追加します。

カルテの内容をそのまま書き写すのではなく、勤務中の行動につながる情報を優先しましょう。

患者情報を記載した用紙やメモは、所属施設の個人情報保護方針に従って管理・廃棄してください。

また、確認項目や業務手順は診療科や施設によって異なります。実際の業務では、院内マニュアルや医師の指示、所属部署のルールを優先してください。