

月 日()

情報収集	点滴(+翌日)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	観察項目 送り									
	検査	L/D・Xp・CT MRI()	L/D・Xp・CT MRI()	L/D・Xp・CT MRI()	L/D・Xp・CT MRI()	L/D・Xp・CT MRI()	L/D・Xp・CT MRI()	L/D・Xp・CT MRI()	L/D・Xp・CT MRI()	L/D・Xp・CT MRI()
	退院									
	拘束	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	褥瘡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	最終排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	レスキュー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	バス評価	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A M	モニター	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	検温/記録	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	必要度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	コスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	BS インスリン	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	食介/記録	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	点滴/期限	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	配薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P M	検温/記録	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	再検	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	記録確認	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	点滴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	コスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	申し送り									

9

10

11

12

13

14

15

16

17

