

入院診療計画書ー正常圧水頭症でタップテストを受けられる患者様へー

患者氏名

様

病名			
症状			
病棟		特別な栄養管理の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

		入院当日		入院2日目～3日目(退院)
		検査前	検査後	
目標	<input type="checkbox"/> 検査・治療の必要性・流れがわかる			<input type="checkbox"/> 退院後の生活の留意点が理解できる
検査	<input type="checkbox"/> リハビリ科にて検査前の状態を確認し準備が整いしだいTAPテストを行います			
処置	<input type="checkbox"/> 横向きに寝てもらい腰に局所麻酔をしてから針を刺していきます			
薬	<input type="checkbox"/> 内服薬を持参して下さい			
食事	<input type="checkbox"/> 昼食より食事があります			
リハビリ	<input type="checkbox"/> 入院後、全身状態の評価を行います <input type="checkbox"/> 検査当日は検査前と検査後と評価があります			<input type="checkbox"/> リハビリにて検査後の状態を確認します
安静度	<input type="checkbox"/> 病棟内では安静の制限はありません	<input type="checkbox"/> 検査後1時間はベッド上で安静にしてください 看護師より説明があった後は病棟内では安静の制限はありません	<input type="checkbox"/> 病院内では安静の制限はありません	
ケア	清潔			<input type="checkbox"/> シャワー浴ができます
	看護	<input type="checkbox"/> 検温をします		
説明・指導	<input type="checkbox"/> 主治医より検査についての説明のあと同意書をお渡ししますので病棟看護師へ提出してください			<input type="checkbox"/> 医師より病状説明があります <input type="checkbox"/> 医師の指示があれば退院できます



*状況により予定が変更になることがあります

担当医 _____ 印

担当看護師 _____

上記内容について説明を受けました

(同意年月日 年 月 日) 本人・代理人 署名 _____

(続柄 _____)