

入院診療計画書—心原性脳梗塞で入院される患者様へ—

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

		外来～入院時	2日目	3日目～5日目	6日目～8日目	9日目～14日目(退院)
目標		<input type="checkbox"/> 治療について理解することができる	<input type="checkbox"/> 早期離床をめざしリハビリをすすめることで日常生活動作の拡大を図る <input type="checkbox"/> 症状の悪化をきたさない			<input type="checkbox"/> 退院後の生活の留意点がかかる
検査		<input type="checkbox"/> いろいろな検査をします (採血・採尿・心電図・エコー等)	<input type="checkbox"/> 頭部MRIの検査があります	<input type="checkbox"/> 頸部エコーと24時間心電図の検査があります	<input type="checkbox"/> 頭部MRIの検査があります	
処置						
薬		<input type="checkbox"/> 血液をサラサラにする薬が始まることもあります				
点滴		<input type="checkbox"/> 点滴があります 				
食事		<input type="checkbox"/> 食事ができます 				
安静度		<input type="checkbox"/> 指示に従ってください	<input type="checkbox"/> リハビリが始まります(土日もあり)			
ケア	清潔	<input type="checkbox"/> 状態により身体拭きやシャワーの指示があります				
	看護	<input type="checkbox"/> 体温を測ります				
説明・指導				<input type="checkbox"/> 薬剤指導・栄養指導があります 日にちを決めてお知らせください	<input type="checkbox"/> 状態によりリハビリ病棟への転棟があります	

*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 _____

尼崎中央病院

(続柄 _____)