

入院診療計画書—脳梗塞(血栓溶解療法)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1日目	2日目	3～6日目	7～10日目	11～14日目	
目標	<input type="checkbox"/> 治療について理解することができる <input type="checkbox"/> 症状の悪化をきたさない	<input type="checkbox"/> 早期離床を目指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"/> 退院時の留意点が分かる	
検査	<input type="checkbox"/> いろいろな検査をします (採血・採尿・MRI・心電図など)	<input type="checkbox"/> 頭部のMRIと心臓エコーの検査があります	<input type="checkbox"/> 頸部エコーと四肢血圧測定と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	<input type="checkbox"/> 心電図モニターを装着します <input type="checkbox"/> 症状に応じて尿の管を挿入します			<input type="checkbox"/> 心電図モニターを外します		
薬	<input type="checkbox"/> 内服があります 					
点滴	<input type="checkbox"/> 点滴があります 					
食事	<input type="checkbox"/> 飲み込みの状況を見ながら開始します					
安静度	<input type="checkbox"/> 指示に従ってください	<input type="checkbox"/> リハビリがあります(土日もあり)				
ケア	清潔	<input type="checkbox"/> 体拭きがあります	<input type="checkbox"/> 状態により体拭きやシャワーの指示があります			
	看護	<input type="checkbox"/> HCU入室直後より2時間迄(15分毎)7時間迄(30分毎)24時間迄(1時間毎)に検温を行い意識状態確認の為名前や生年月日など同じ内容の質問をその都度行います	<input type="checkbox"/> 適宜検温を行ないます			
説明・指導	<input type="checkbox"/> 出血しやすい薬剤を使用します 異常があればすぐにお知らせください			<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 _____

(続柄 _____)