

入院診療計画書－脳出血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～9日目	9日目～14日目(退院)		
目標	<input type="checkbox"/> 入院生活に関する不安を取り除くことができる <input type="checkbox"/> 治療の必要性・流れが理解できる <input type="checkbox"/> 血圧コントロールができる	<input type="checkbox"/> 不安なく治療に臨める <input type="checkbox"/> リハビリの必要性を理解し参加することができる <input type="checkbox"/> 血圧コントロールができる	<input type="checkbox"/> 24時間心電図の検査があります <input type="checkbox"/> 頸動脈エコーの検査があります	<input type="checkbox"/> 症状の悪化をきたさない <input type="checkbox"/> 再出血をおこさない	<input type="checkbox"/> 退院後の生活の留意点ができる <input type="checkbox"/> 退院後の生活に適應できるように援助する		
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"/> 24時間心電図の検査があります <input type="checkbox"/> 頸動脈エコーの検査があります	<input type="checkbox"/> 頭部MRIの検査があります			
処置							
薬	<input type="checkbox"/> 内服中の薬を持参して下さい <input type="checkbox"/> 内服薬が追加・中止になる場合はお知らせします						
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があります		<input type="checkbox"/> 状態により洗髪・シャワー・入浴等があります		<input type="checkbox"/> 入浴ができます	
	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 _____ (続柄 _____)