

入院診療計画書—脳出血で入院され手術を受ける患者様へ—

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～手術当日	2～3日目	4日目～7日目	8日目～10日目	11日目～16日目(退院)		
目標	<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"/> 安静の必要性が理解出来る	<input type="checkbox"/> 再出血を起こさない <input type="checkbox"/> 術後の安静が理解出来る <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"/> 症状の悪化をきたさない <input type="checkbox"/> リハビリに参加し活動範囲が広がる	<input type="checkbox"/> 退院後の生活の留意点がかかる		
検査		<input type="checkbox"/> 手術翌日に採血と頭部CTの検査があります	<input type="checkbox"/> 手術後3日目～5日目の間に頸動脈・心臓エコー・四肢血圧測定の検査があります	<input type="checkbox"/> 手術後7日目～8日目の間に頭部MRIの検査があります <input type="checkbox"/> 適宜採血があります			
処置	<input type="checkbox"/> 手術中に頭に管が入ります <input type="checkbox"/> 傷はホッチキスの様な針で止めます <input type="checkbox"/> 心電図モニターを装着します <input type="checkbox"/> 尿の管を入れます	<input type="checkbox"/> 頭部CT後問題がなければ頭の管を抜きます <input type="checkbox"/> 尿の管を抜きます <input type="checkbox"/> 頭の傷のガーゼ等を外します		<input type="checkbox"/> 手術後1週間で傷の針を半分外します さらに翌日に残りの針を外します			
薬	<input type="checkbox"/> 内服中の薬を持参して下さい <input type="checkbox"/> 内服薬は主治医の指示で開始となります						
点滴	<input type="checkbox"/> 点滴があります		<input type="checkbox"/> 手術後5日目の点滴終了後に点滴の針を抜きます				
食事	<input type="checkbox"/> 手術当日の朝6時まで水分が可能です <input type="checkbox"/> 手術前日は夕食以降絶食です	<input type="checkbox"/> 状態に応じて食事摂取が可能になります					
安静度	<input type="checkbox"/> 手術後よりベッド上で安静になります(常に頭部を30度挙上した状態になります) <input type="checkbox"/> 頭の管を挿入中は1人で起き上がらないでください(必ずナースコールを押してください)	<input type="checkbox"/> 頭の管が抜けるまではベッド上安静 抜いた当日は病棟内翌日以降は病院内での安静制限はなしとなります <input type="checkbox"/> 手術後リハビリが始まります(土日もあります)	<input type="checkbox"/> 病院内での安静制限はありません				
ケア	清潔	<input type="checkbox"/> 手術翌日は身体拭きがあります <input type="checkbox"/> 創部に問題がなければ術後2日目は首から下のみ シャワー浴が行えます <input type="checkbox"/> 創部に問題がなければ術後3日目以降に 洗髪を含めた全身のシャワー浴が行えます					
	看護	<input type="checkbox"/> 検温を行います					
説明・指導	<input type="checkbox"/> 主治医より手術の説明があります <input type="checkbox"/> 麻酔医より麻酔の説明があります <input type="checkbox"/> 手術後主治医より説明があります			<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 _____