

入院診療計画書ー脳神経外科に経過観察で入院される患者様へー

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～2日目	3日目(退院日)
目標		<input type="checkbox"/> 検査の必要性・流れが理解できる	<input type="checkbox"/> 退院後の生活の留意点が理解できる
検査		<input type="checkbox"/> 頭部MRIの検査があります <input type="checkbox"/> 24時間心臓の動きをみる為心電図モニターをつけます <input type="checkbox"/> 追加検査や他科受診が入る場合もあります	<input type="checkbox"/> いろいろな検査をします <input type="checkbox"/> 退院直前に心電図モニターを外します
処置			
薬		<input type="checkbox"/> 内服されている薬があればお持ちください 	
点滴		<input type="checkbox"/> 点滴があります	<input type="checkbox"/> 点滴終了後点滴の針を抜きます
食事		<input type="checkbox"/> 食事ができます	
安静度		<input type="checkbox"/> 病棟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"/> 医師より外来にて入院についての説明があります <input type="checkbox"/> 外来看護師より入院手続きの説明があります <input type="checkbox"/> 病棟看護師より病棟オリエンテーションがあります	<input type="checkbox"/> 必要時薬剤師より服薬指導があります 

*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 _____)