

脳梗塞治療を受けられる方へ(入院診療計画書)

病棟： _____ 階 診療科：脳神経外科 主治医署名： _____ 印

患者氏名： _____ ID： _____ 病名： _____ 症状： _____

手術内容： _____ 推定入院期間： 17日間 特別な栄養管理の必要性： 有 無 主治医以外の担当者： _____

説明日/説明立ち会い者： _____ 月 _____ 日/

日付	/ ()	/ () ~ / ()	/ () ~ / ()	/ () ~ / ()
	1日目(入院当日)	2日目~4日目	5日目~10日目	11日目~17日目(退院)
目標	症状(麻痺やしびれなど)が増悪した時に医師や看護師に報告できる。	症状が増悪せず、安静度を守る。 	症状に応じた日常生活の援助を受け安静度を拡大することができる。	退院に向けて日常生活の拡大に向けた取り組みができる退院後の注意事項を理解し退院できる。
治療処置	点滴・内服治療を行います。 		症状や状態に応じて医師の指示のもと点滴を終了します。	
検査		医師の指示があれば頭部CT検査・超音波検査を行います。		医師の指示があれば採血や他検査を行います。
指導	必要時、入院中に栄養指導を行います。 			
安静度	ベッド上安静です。	医師の指示のもと安静度を拡大していきます。リハビリを開始し、症状に応じてリハビリ室でのリハビリを行います。 		
食事栄養		飲み込みの評価を行い病状に応じたお食事を用意します。経口摂取困難であれば経鼻栄養を行います。	生活習慣病や症状に応じて、治療食や食事形態(ペースト食など)を用意させていただきます。	
水分		症状に応じてトロミをつけさせていただくことがあります。 		
排泄	排泄はベッド上でお願いします。 	安静度や症状に応じてベッド上での排泄やポータブルトイレ(簡易トイレ)の使用を検討させていただきます。		
内服	自宅で飲んでいた薬を飲む場合もありますので持参をお願いします。	 薬剤師より、必要に応じて服薬指導を行います。		当院から薬の処方がある場合、薬剤師より説明をさせていただきます。
看護計画	<ul style="list-style-type: none"> ●症状の観察をさせていただきます。異常の早期発見に努めます。 ●検査の目的や準備をわかりやすく説明させていただきます。 			
患者様及びご家族への説明	●入院中は禁煙になります。 		●急性期治療が終了した段階で、自宅退院が困難な方には、病状に応じて回復期リハビリ病院への転院調整を行います。入院後1週間程度で、転院の希望の有無について確認を行います。 ●リハビリ病院での治療を希望される場合は、早期から転院調整を行います。	●自宅退院が可能な方は、医師の許可があれば退院となります。異常があれば退院が延期になる場合があります。 ●会計を済ませたら次回受診日や治療後の注意事項(別紙)などを説明します。内服薬やかかりつけ医へのお手紙も渡させていただきます。

注1) この計画書は現時点で考えられるものであり、病状や検査等を進めていくにしたがって今後変わり得るものです。その際には、再度ご説明いたします。

注2) 患者様には、治療法を選択する権利があります。セカンドオピニオン(他の医療機関の意見)をお聞きになられたい場合は、遠慮なく申し出て下さい。

入院にあたり、病状、治療計画の説明を受け、了承しましたので治療内容に同意します。

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者氏名 _____ 説明を聞いた親族等の氏名 _____