

脳梗塞の治療(15日間用)







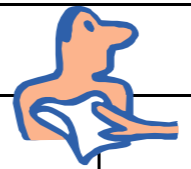
を受けられる患者さま

主治医署名 : _____ (印)

説明者署名 : _____ (説明日 : / /)

患者氏名 : _____ 様 ID: _____ 病棟 _____ 号室 _____ 本人 または 家族署名 : _____ (続柄 : _____)

病名		症状	
推定入院期間	日程度	特別な栄養管理	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

月日(日時)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
経過(病日等)	入院	2日目	3日目	4日目	7日目	
達成目標	脳梗塞急性期であるため状態変化に注意し観察を行ないます				8~15日	
治療・薬剤 (点滴・内服) リハビリ	 1週間点滴治療を行ないます。 また、場合によって抗血小板薬を使用します。		 状態に応じてリハビリを行なっていきます。			
処置					採血検査	
検査	心電図モニターを原則3日間装着いたします。	心臓エコー検査	頭部MRI検査		頭部CT検査	
活動 安静度	麻痺の症状にあわせて看護師・医師で相談を行ない安静度をお伝えします					
食事	入院後より食事開始します。症状によっては絶食、または経管栄養となる場合があります。					
栄養管理	 入院時に、医師・看護師・管理栄養士によって栄養状態の評価を行い、必要に応じて入院栄養指導を行います。					
清潔	週3回清拭を行ないます。			Drの許可にてシャワー可能となります		
排泄	安静度に応じた排泄方法となります。					
患者様及びご家族への説明 生活指導 栄養指導 服薬指導	歩行 車いす移乗 トイレなどについて 歩行状態が不安定な場合は患者様にナースコールを押していただき、看護師が付添いを行ない転倒転落予防に努めます。 また、ナースコールが押せない場合はナースコール連動のセンサーの設置を考慮いたします。			必要に応じて転院の準備をいたします。 自宅退院が困難な場合転院調整相談員(MSW)との面談を行ない希望の病院・施設があれば調整いたします。 面談日の調整は相談員より連絡いたします。		

注1 入院期間については現時点で予想される期間です。今後、状態の変化等に応じて変更になる場合もあります。
ご不明な点は遠慮なくお聞きください。