




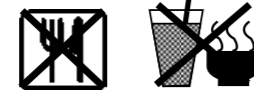









# 入院診療計画表(慢性硬膜下血腫 手術前日入院)

病棟 病室 号 氏名( @PATIENTNAME 様) 主治医( ) ( ) ( ) 看護師( )

項目	病日 / ( )		病日 / ( )		病日 / ( )		病日 / ( )		病日 / ( )		
	入院1日目	入院2日目・手術当日		入院3日目	入院4日目	入院5日目	入院6日目	入院7日目	入院8日目(退院)		
	手術前日	術前	術後	術後1日目	術後2日目	術後3日目	術後4日目	術後5日目	術後6日目		
予定	<input type="checkbox"/> 頭の毛剃りをします <input type="checkbox"/> 手術前の検査があります <input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 点滴があります  ※手術中、ご家族の方は病室で待機してください	<input type="checkbox"/> ガーゼを交換します ..... <input type="checkbox"/> 手術をしたところに管が入っています <input type="checkbox"/> 化膿止めの点滴があります ..... 	<input type="checkbox"/> 管をはずします <input type="checkbox"/> 頭部CTがあります 	<input type="checkbox"/> 内服薬がでます <input type="checkbox"/> 血液検査があります 	<input type="checkbox"/> 半抜糸を行います <input type="checkbox"/> 全抜糸を行います	<input type="checkbox"/> ガーゼをとります				
食事	<input type="checkbox"/> 夜9時以降は食事がとれません  <input type="checkbox"/> 水分は 時までとれます	<input type="checkbox"/> 食事、飲物はとれません 	<input type="checkbox"/> 手術後1時間後より水分を取ることができます 	<input type="checkbox"/> 朝より食事ができます 	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <p>&lt;退院指導&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒に注意</li> <li>・創部は強くこすらないように洗髪してください</li> <li>・下記の症状がでた場合は受診してください 頭痛、吐気、歩行障害、失禁</li> </ul> <p>次回受診日 月 日</p> <p>担当医:</p> <p>※予約が入っていますので、診察券を忘れずにお持ちください</p>  </div>						
活動	<input type="checkbox"/> 病室内は制限ありません <input type="checkbox"/> 室内トイレかポータブルトイレを使用してください <input type="checkbox"/> ベッド上で便尿器を使用してください	<input type="checkbox"/> ベッド上安静にしてください 	<input type="checkbox"/> 制限ありません 								
清潔	<input type="checkbox"/> シャワー浴できます 			<input type="checkbox"/> 看護師が体を拭くお手伝いをします ..... <input type="checkbox"/> 頭以外のシャワー浴ができます .....			<input type="checkbox"/> 午後から洗髪できます <input type="checkbox"/> 洗髪できます				
説明指導	<input type="checkbox"/> 入院までの経過をお聞きます <input type="checkbox"/> 入院のご案内をします <input type="checkbox"/> 他の病院で飲んでいる薬がありましたらお知らせください <input type="checkbox"/> 医師より手術の説明があります			<input type="checkbox"/> 医師より手術後の説明があります 			<input type="checkbox"/> 医師より説明があります 