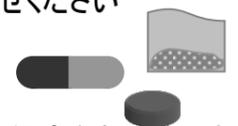


入院治療計画表(経皮的椎体形成術(骨セメント療法))

病棟 病室 号 氏名() 担当医()() 看護師()

		/ (曜日)		/ (曜日)	
入院時		治療前	治療後	退院日	
予定		<input type="checkbox"/> 右手に点滴をします 	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> 医師の許可があれば抜去します	<input type="checkbox"/> 医師の診察があります	
食事	<input type="checkbox"/> 午後から治療がありますので 昼食から食事ができません 	<input type="checkbox"/> 食事、飲水はできません  	<input type="checkbox"/> 治療30分後から水分がとれます  <input type="checkbox"/> 治療30分後から食事がとれます  (夕食はとれます)	<input type="checkbox"/> 朝から普通食です	
活動	<input type="checkbox"/> 痛みの程度にあわせての活動は可能ですが、 安静にしておいてください )))		<input type="checkbox"/> 治療後2時間はベッド上安静にしてください 	<input type="checkbox"/> 痛みの程度にあわせての 活動は可能です )))	
清潔		<input type="checkbox"/> 検査着に着替えます			
説明	<input type="checkbox"/> 入院までの経過をお聞きします <input type="checkbox"/> 入院のご案内をします 	<input type="checkbox"/> 治療中、ご家族の方は病室で待機 してください		<input type="checkbox"/> 医師より説明があります 	
指導	<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"/> 痛みの程度をお聞きします 0～10点のうち現在の痛みは何点ですか			<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <p>■退院指導</p> <p>・次回受診日(月 日 時)</p> <p>・入院予定日(月 日)</p> </div>	