




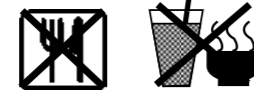










# 入院診療計画表(慢性硬膜下血腫 手術前日入院)

病棟 病室 号 氏名( 富士通 太郎 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<br><input type="checkbox"/> 手術前の検査があります<br><input type="checkbox"/> 頭部CT<br><input type="checkbox"/> 胸部レントゲン<br><input type="checkbox"/> 心電図<br><input type="checkbox"/> 血液検査 | <input type="checkbox"/> 点滴があります<br><br>※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 .....<br><input type="checkbox"/> 手術をしたところに管が入っています<br><input type="checkbox"/> 化膿止めの点滴があります .....<br> | <input type="checkbox"/> 管をはずします<br><input type="checkbox"/> 頭部CTがあります<br> |  | <input type="checkbox"/> 血液検査があります<br> | <input type="checkbox"/> 半抜糸を行います<br><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<br><br><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<br>                     | <input type="checkbox"/> 手術後1時間後より水分を取ることができます<br>   | <input type="checkbox"/> 朝より食事ができます<br>                                  | <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<br/>頭痛、吐気、歩行障害、失禁</li> </ul> <p>次回受診日<br/>月 日</p> <p>担当医:<br/>※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<br><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<br><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<br>   | <input type="checkbox"/> 制限ありません<br>                                     |  |   |   |                                 |                                   |  |
| 清潔   | <input type="checkbox"/> シャワー浴できます<br>  |   |  | <input type="checkbox"/> 看護師が体を拭くお手伝いをします .....<br><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<br><input type="checkbox"/> 入院のご案内をします<br><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<br><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<br>                             |  |   | <input type="checkbox"/> 医師より説明があります<br> |                                 |                                   |  |