














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() () () () 主治医() () () () 看護師() () () ()

| 項目 | 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><退院指導></p> <ul style="list-style-type: none"> ・転倒に注意 ・創部は強くこすらないように洗髪してください ・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 <p>次回受診日 月 日 担当医: ※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"/> 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します <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"/> (入院中)薬についての説明があります(薬剤師) | | <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  | | | | | | |