















入院治療計画表(未破裂脳動脈瘤)

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

病日 項目	入院 手術前日		手術当日(クリッピング術)		手術後1日	手術後2日	手術後3日	手術後4日	手術後5日	手術後6日	退院日
			手術前	手術後							
予定	<input type="checkbox"/> 頭の毛剃りをします		<input type="checkbox"/> 点滴をします 	<input type="checkbox"/> 頭に管が入っています <input type="checkbox"/> 点滴があります(化膿止めなど) 	<input type="checkbox"/> 管を抜きます <input type="checkbox"/> ガーゼを交換します <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> 頭部CTA  <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン撮影があります <input type="checkbox"/> 血液検査 	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> 半抜糸 <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> 全抜糸 <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> ガーゼをとります	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <p>■退院時指導</p> <ul style="list-style-type: none"> ・次回来院日(/)時間 : ・確実に内服 ・転倒に注意 ・下記の症状時受診 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 吐気 <input type="checkbox"/> 痙攣 </div>
食事	<input type="checkbox"/> 夜9時以降は食事ができません  <input type="checkbox"/> 水分は_____まで飲めます		<input type="checkbox"/> 食事、飲物はできません 	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> 朝食より水分がとれます <input type="checkbox"/> 昼より食事ができます(全粥) 	<input type="checkbox"/> 朝食より普通食です						
活動排泄	<input type="checkbox"/> 病室内歩行程度にしてください		<input type="checkbox"/> 手術後はICUです 	<input type="checkbox"/> ICUから病室に戻ります <input type="checkbox"/> ベッド上安静にしてください 	<input type="checkbox"/> ベッド上で座ることができます 	<input type="checkbox"/> 病室内歩行可能です 	<input type="checkbox"/> 病棟内歩行可能です	<input type="checkbox"/> 病院内歩行可能です			
清潔	<input type="checkbox"/> シャワー浴ができます 		<input type="checkbox"/> 手術着に着替えます	<input type="checkbox"/> 看護師が体を拭くお手伝いをします	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 午後から頭が洗えます	<input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> 頭が洗えます		
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"/> 手術後の説明が医師よりあります(家族) <input type="checkbox"/> 手術中、ご家族の方は病室で待機してください 							<input type="checkbox"/> 医師より手術結果と退院後の説明があります 