














# 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   | 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 .....   | <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"/> 内服薬がでます<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<br> | <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<br><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<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<br><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<br>       | <input type="checkbox"/> 医師より説明があります<br>   |  |   |                                   |       |       |           |