

脳腫瘍手術の治療を受けられる(@PATIENTNAME)様の入院診療計画書

説明日 H 年 月 日

月日	(/)	(/)	(/)	(/)~(/)	(/)
	入院当日	手術前日	手術当日	手術後1日目~退院前日	退院日
達成目標	入院や手術の必要性が理解できる 身体的準備が出来る	手術について理解できる	合併症の症状がない	合併症の症状がない	日常生活の注意点について理解できる
治療 処置 検査	必要に応じてCT・MRIの検査があります		必要に応じてCT・MRIの検査があります。 手術後、頭の管を抜きます。7日頃~抜糸予定		〈退院後の治療計画〉 次回受診日
内服薬	持参薬については薬剤師とともに確認させていただき、必要に応じて薬剤管理の指導をさせていただきます	薬でアレルギーが出る方は、お知らせください。	必要に応じ抗痙攣薬や脳の腫れを引く薬を飲みます		<input type="checkbox"/> 科 月 日() 時 分 医師
注射 点滴	必要に応じて、脳の腫れをひく点滴を行います		抗痙攣、脳浮腫予防の点滴を行います 食事が十分にとれるまで持続点滴を行います		<input type="checkbox"/> 科 月 日() 時 分 医師
食事 栄養	食べ物でアレルギー症状が出る方はお知らせください	固形物は 日 時まで 水分(お茶・お水)は 日 時まで	朝から絶飲食です	制限はありません	検査予約 () 月 日() 時 分
特別な栄養管理の必要性の有無: 栄養状況に基づき、栄養士が必要に応じて栄養管理の指導をさせていただきます					
安静 リハビリ	安静は制限ありません 必要に応じてリハビリが開始となります	制限はありません		手術後の状態に合わせて活動範囲を拡げていきます	() 月 日() 時 分
排泄	制限はありません	制限はありません	尿管を入れます	制限はありません	
清潔	男性は月・水・金曜日、 女性は火・木・土曜日に入浴できます 入浴日以外は体拭きのタオルをお渡しいたします	手術前に入浴します		抜糸までは首から下までのシャワーになります	退院時処方 有・無
説明	入院診療計画書をお渡しいたします リストバンドを着用していただきます 転倒に注意しましょう	医師より手術の説明があります 同意書を医師または看護師へお渡しください	手術着に着替え、 弾性ストッキングをはきます 時 分に 病室を出ます ご家族は 時 分にお越しください	頭痛、吐き気、四肢のしびれ、痙攣などが出現したらお知らせください	〈退院後の療養上の問題点〉 ・運動・仕事については主治医の許可を受けてください。 ・頭痛や吐き気、手足のしびれ、動かしにくさ、痙攣などがあればすぐに受診してください。
備考					

この計画書は現時点で予想されるものであり、症状に応じて変更になる場合があります。この説明書は医師の指示のもと、看護師が確認しながらさせていただきます。

大阪医科大学病院 脳神経外科 072-683-1221

主治医・担当医: _____ (印)

薬剤師: _____

説明日 H 年 月 日

看護師長: _____ 担当看護師: _____

栄養師: _____

説明を受けた患者様もしくはご家族様のサイン: _____ (続柄: _____)