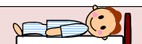
入院診療計画書（脳腫瘍摘出術を受けられる方へ）

ID番号　@PATIENTID　　氏名　@PATIENTNAME　様　　@PATIENTWARD　病棟　@PATIENTROOM　号室

病名（他に考える病名）　　症状

担当医師　@USERNAME　印　　担当看護師　　担当薬剤師　　その他の担当者名 @SYSDATE

月日	／	／		／	／	／	／　～　／	／	／　～　／
経過	入院日（治療前日）	治療前	治療後	治療後1日目	治療後2日目	治療後3日目	治療後4～6日目	治療後7日目	治療後8日目～退院日
目標	○治療の方針が理解できる。	9時から手術室で治療が開始となります。	○状態の悪化なく経過する。	○出血や状態の悪化なく経過する。		○創部の出血や状態の悪化なく経過する。		○創部の出血や状態の悪化なく経過する。	○状態の悪化なく経過する。
検査	○血液検査を行います。			○血液検査、ＭＲＩ、ＣＴ、レントゲン検査を行います。		○血液検査を行います。		○血液検査を行います。	
治療		8時45分までに手術室へ入室します。入室時は身体状態に合わせた移動手段を検討します。治療後はベッドで移動しＩＣＵへ入室します。						○手術時の傷の処置を行います。	
処置	 ○入浴していただきます。	治療前の準備 □パンツ以外の下着は脱ぎ、検査着に着替えます。 □義歯、眼鏡、時計、指輪、湿布などの身につけている物は全て外します。 □化粧やマニキュアを塗っている場合は落としましょう。男性は髭を剃りましょう。 □弾性ストッキングを装着します。 ＊直前に再度看護師が確認します。	手術室入室後に点滴ライン、尿の管が挿入されます。 心電図・酸素モニターが装着されます。 麻酔により呼吸が浅くなるため、治療後指示があるまで酸素投与されます。	○医師の許可が出たら、心電図・酸素モニターを外すことができます。 ○医師から許可が出たら尿の管を抜くことができます。		○医師の許可が出たら、点滴を終了することができます。	退院後、何か気になる症状がある際は、下記へご連絡ください。 ○平日：脳疾患センター外来 ℡024-547-1218 ○休日・夜間：きぼう棟7階東病棟 ℡024-547-1617		
観察	○体温・脈拍・血圧測定、意識・手足の動き・眼の動きを観察します。 ○身長・体重を測定します		治療後は、翌日のCT検査施行まで2時間ごとに体温・脈拍・血圧測定、意識の状態、眼の動き、手足の動きを観察します。 意識の状態を確認する際は、下記の内容を質問します。 1. お名前を教えてください。 2. ここはどこだかわかりますか。 3. お年はおいくつですか。 4. 今日は、何月、何日ですか。 意識障害の確認のため、何度も質問します。ご協力よろしくお願いします。 痛みや吐き気がある際は、我慢せずにお知らせください。 手足の動きを確認する際は、「手を握ってください」「バンザイしてください」などの指示に従って動いてください。 眼の動きを観察する際には、黒目の大きさや光に対する反応を調べるためペンライトを当てますので、少し眩しくなります。	○検査確認後、体温・脈拍・血圧測定、意識状態、眼の動き、手足の動きの観察頻度が変更となります。					
注射		治療前の飲食は麻酔科医師の指示を守りましょう。 ＿＿日＿＿時から絶食です ＿＿日＿＿時から絶水です 内服薬は医師の指示があったものだけ、＿＿時に内服してください。							
内服	○薬剤師が持参薬を確認します。その後、医師から継続や中止の指示があります。手術のため、一旦お薬をお預かりします。			○医師に確認後、内服が再開となります。				退院後の注意点 ※ 内服薬は、飲み忘れのないように気をつけましょう！！	
食事	○麻酔科の先生の指示に従いましょう		治療後は、絶食となります。	○検査結果にて医師の許可が出たら、食事摂取が可能となります。					
行動	○行動の制限はありません。病棟を離れる際は看護師にお知らせください。	○治療の準備があります。病室内でお過ごしください。	治療後はベッド上安静となります。 ※体の向きを変えることは可能ですが、それ以外は不可となります。体の向きを変えたいときなどナースコールでお知らせください。 	○検査結果にて医師の許可が出たら歩行可能となります。始めは看護師が付き添い、歩行状態を確認させていただきます。 ○シャワーは不可のため、体ふきを行います。	○問題なく歩行できていれば病棟内は行動の制限はありません。 ○医師からの許可が出ればシャワー浴可能となります。				
説明	○看護師より入院生活、治療の説明があります。 ○治療時に使用するテープタイプのオムツ（　）枚をご用意ください。	ご家族の方へ 治療後は個室へ移動となるため、部屋移動があります。荷物や待機場所など看護師から説明がありますので7階ロビーまたは病室でお待ちください。待機場所を離れる際は看護師へ声をおかけください。また、連絡が取れるようお願いいたします。帰室後は処置が終了次第、面会可能です。貴重品はご家族が管理をお願いします。 患者様へ 安静にしている間、ご用の際は遠慮なくナースコールでお知らせください。						○医師より説明があります。	○次回外来の受診日、検査の確認を行います。

注1）病名は現時点で考えられるものであり、今後の検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。
注2）入院期間については現時点で予想されるものです。
注3）特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等様式の変更が直ちに出来ない場合、食事の欄に記載しても良い。

特別な栄養管理の必要性	有　・　無

福島県立医科大学附属病院 パス承認番号（ No. 301 ）　承認月日（ 2019年9月9日 ）

上記内容について説明を受け同意いたしました。

署名：　　続柄：