

















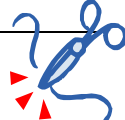

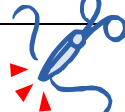


患者氏名： _____ 様 入院病棟： _____ 病棟 主治医： _____ 受け持ち看護師： _____

日付	/	/	/	/	/ ~ /	
入院日数	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6~8日目
イベント	入院日	手術当日	手術後1日目	手術後2日目	手術後3日目	手術後4~6日目
目標 毎日看護師と評価します	<input type="checkbox"/> 神経症状の悪化がない <input type="checkbox"/> 不安の表出ができる <input type="checkbox"/> 手術について理解できる	<input type="checkbox"/> 合併症の症状がない(痙攣がない) <input type="checkbox"/> 神経症状の悪化がない <input type="checkbox"/> 手術について理解できる <input type="checkbox"/> 呼吸・血圧が安定している <input type="checkbox"/> 不安が表出できる <input type="checkbox"/> 安静が守られている	<input type="checkbox"/> 合併症の症状がない(痙攣がない) <input type="checkbox"/> 検査データに異常がない <input type="checkbox"/> 痙攣の症状がない <input type="checkbox"/> 離床ができる <input type="checkbox"/> 呼吸・血圧が安定している	<input type="checkbox"/> 合併症の症状がない(痙攣がない) <input type="checkbox"/> 神経症状の悪化がない <input type="checkbox"/> 血圧が安定している <input type="checkbox"/> 食事が半分以上摂取できる	<input type="checkbox"/> 神経症状の悪化がない <input type="checkbox"/> 創部に問題がない	
内服注射	<ul style="list-style-type: none"> 元々飲んでた薬を確認させていただきます。 	<ul style="list-style-type: none"> 24時間点滴をします。 	<ul style="list-style-type: none"> 前日からの点滴が終わったら、抜針します。 痙攣止めのお薬の内服を開始します。 			
検査			<ul style="list-style-type: none"> 採血があります。 レントゲン写真と頭部CT撮影を行います。   			
		<ul style="list-style-type: none"> 手術の後は血圧、脈拍、体温を何度も測ります。 	<ul style="list-style-type: none"> 血圧、脈拍、体温は1日に3回測ります。 			<ul style="list-style-type: none"> 血圧、脈拍、体温は1日に2回測ります。
治療処置		<ul style="list-style-type: none"> 手術中に心電図モニターを付けます。 酸素マスクがついてきます。 			<ul style="list-style-type: none"> 心電図モニターを外します。 	
食事飲水	<ul style="list-style-type: none"> アレルギーや食べられないものがありましたらお知らせ下さい。食べにくい場合は形態を変えることもできます。 麻酔科の医師より食事の食べれる時間、水分のとれる時間について指示があります。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術前も終わった後も今日は飲んだり食べたりできません。 	<ul style="list-style-type: none"> 検査の結果を確認した後、昼食から飲水と食事が開始になります。 水分と食事の量を測ります。配られたもの以外を飲んだり食べたりする場合は看護師にお知らせ下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 水分と食事の量を測ります。配られたもの以外を飲んだり食べたりする場合は看護師にお知らせ下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 水分と食事の量は測らなくなります。 	
清潔	<ul style="list-style-type: none"> シャワー浴をして下さい。 		<ul style="list-style-type: none"> 入浴、シャワー浴ができないため看護師が体を拭きます。 		<ul style="list-style-type: none"> 看護師が介助をして洗髪をします。 看護師が見守りながらシャワーに入れます。 	
排泄		<ul style="list-style-type: none"> 手術中に尿道から管を入れます。 	<ul style="list-style-type: none"> 尿管を抜きます。 尿の量を測ります。 	<ul style="list-style-type: none"> 尿の量を測ります。 	<ul style="list-style-type: none"> 尿の量は測らなくなります。 	
安静活動	<ul style="list-style-type: none"> リハビリを開始します。リハビリスタッフがお部屋に訪問して今後の計画を検討します。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術の後はベッド上で過ごします。ベッドから起き上がることはできません。 	<ul style="list-style-type: none"> 移動するときはナースコールを押して知らせて下さい。まずは車椅子を使用します。状態が安定していれば歩行もできます。 	<ul style="list-style-type: none"> 移動するときはナースコールを押して知らせて下さい。まずは車椅子を使用します。歩行が安定していれば病棟内の行動が自由になります。 		
説明指導	<ul style="list-style-type: none"> 入院の説明をします。 入院までの生活の方法についてお聞きします。 入院前に利用していた社会資源について確認させていただきます。 手術前後の流れについてご説明します。 医師から手術についての説明がありますのでご家族の来院をお願いいたします。 症状に変化があったとき、苦痛症状があるときには看護師にお知らせ下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> 名前や年齢、生年月日、今日の日付などの簡単な質問をしたり、手足の動きを確認します。手術後は夜中も行います。 症状に変化があった時、苦痛（創痛、頭痛）等が生じた時は看護師にお知らせ下さい。 手術後麻酔から覚醒した時に安全の為に一時的に身体を抑制させていただくことがあります。 	<ul style="list-style-type: none"> 名前や年齢、生年月日、今日の日付などの簡単な質問をしたり、手足の動きを確認します。1日3回行います。 症状に変化があった時、苦痛（創痛、頭痛）等が生じた時は看護師にお知らせ下さい。 		<ul style="list-style-type: none"> 名前や年齢、生年月日、今日の日付などの簡単な質問をしたり、手足の動きを確認します。1日2回行います。 症状に変化があった時、苦痛（創痛、頭痛）等が生じた時は看護師にお知らせ下さい。 	

慢性硬膜下血腫穿頭・洗浄術を受ける患者様へ(前日入院)

慢性硬膜下血腫穿頭・洗浄術パス (前日入院) 【24005-02】

患者氏名： _____ 様 入院病棟： _____ 病棟 主治医： _____ 受け持ち看護師： _____

	9日目	10日～15日目	16日目	17日目～19日目	20日目	21～22日目	
	手術後7日目	手術後8～13日目	手術後14日目	手術後15日目～17日目	手術後18日目	手術後19～退院日	
目標 毎日看護師と評価します	<input type="checkbox"/> 神経症状の悪化がない <input type="checkbox"/> 創部に問題がない <input type="checkbox"/> 検査データに問題がない	<input type="checkbox"/> 神経症状の悪化がない	<input type="checkbox"/> 神経症状の悪化がない <input type="checkbox"/> 検査データに問題がない	<input type="checkbox"/> 神経症状の悪化がない <input type="checkbox"/> 日常生活の注意点が理解できる	<input type="checkbox"/> 検査データに問題がない	<input type="checkbox"/> 神経症状の悪化がない <input type="checkbox"/> 日常生活の注意点が理解できる	
内服注射						・今後飲むお薬をお返し致します。お預かりしていた薬もお返し致します。	
検査	・採血をします。 ・頭部CT写真を撮影します。 		・採血をします。 ・頭部CT写真を撮影します。 		【20日目】 ・採血をします。 ・頭部CT写真を撮影します。 		
	・血圧、脈拍、体温は1日に2回測ります。	・血圧、脈拍、体温は1日に1回測ります。					
治療処置	・創の抜鉤を行います。 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 退院基準：神経症状の悪化がない 創部に問題がない 発熱がない  </div>					
食事飲水							
清潔	・男性は月水金、女性は火木土でシャワー浴ができます。体調に合わせて清潔を保てるようにしましょう。心配な点がございましたら看護師にお伝えください。 						
排泄							
安静活動	・平日は毎日リハビリを行います。土日、祝日はリハビリがないので、病棟で出来る訓練を教えてください、自分で行うようにしましょう。						
説明指導	<input type="checkbox"/> 名前や年齢、生年月日、今日の日付などの簡単な質問をしたり、手足の動きを確認します。1日2回行います。 <input type="checkbox"/> 症状に変化があった時、苦痛（創痛、頭痛）等が生じた時は看護師にお知らせ下さい。	<input type="checkbox"/> 名前や年齢、生年月日、今日の日付などの簡単な質問をしたり、手足の動きを確認します。1日1回行います。 <input type="checkbox"/> 現在の症状に変化があったときには、看護師に知らせてください。 <input type="checkbox"/> 何かわからないことや心配な点がございましたら、看護師にお知らせ下さい。	<input type="checkbox"/> 名前や年齢、生年月日、今日の日付などの簡単な質問をしたり、手足の動きを確認します。1日1回行います。 <input type="checkbox"/> 現在の症状に変化があったときには、看護師に知らせてください。 <input type="checkbox"/> 日常生活の注意点について説明致します。わからないことがあれば、看護師にお尋ねください。 【21日目】 <input type="checkbox"/> 次回の受診日を説明します。				

注) 現時点で考えられる予定であり変更になることがあります