

ID @PATIENTID

氏名 @PATIENTNAME

## No.62 脳梗塞でご入院の患者様へ

\* 目標を達成毎に次の段階に進みます。

項目	入院第一段階	入院第二段階	入院第三段階
現在の状況	脳梗塞の発作が起きた急性期です。病気の治療を始めていきますが、病状が安定していないため一時的に悪化することもあります。症状が悪化した時はただちに医師・看護師におっしゃってください。	はじめは体の機能に不自由を感じると思いますが身体の障害された機能を回復するためリハビリを中心とした段階となります。	完全ではありませんがリハビリによって体に回復の兆しが見られます。今後の生活を含めた退院の段階です。退院後の生活について計画を立てていきます。
達成目標	急性期に必要な検査・治療が安心して受けられるよう配慮します。	リハビリを開始し、機能の回復を目指します。病気についての一般的な予防・対策についてご理解していきます。	第二段階よりさらなる機能の回復が達成できるようリハビリに取り組みます。日々の生活に困惑がないよう、今後の家での計画を考えていきます。
治療・薬剤 (点滴・内服) ・処置 ・リハビリ	点滴を始めます 現在飲んでいる薬があれば看護師へ預けてください 必要により内服が開始となります	リハビリを開始します。 状況により点滴は終了します。	
検査	血液検査( 月 日)・尿検査( 月 日)・心電図( 月 日) 胸部レントゲン( 月 日)頭部CT( 月 日)・頭部MRI( 月 日)	血液検査( 月 日)・頭部CT( 月 日) 栄養指導( 月 日 時 分)・リハビリ開始日( 月 日)	血液検査( 月 日)
活動・安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上で安静にして下さい <input type="checkbox"/> ベッドを[ 度]まで起こすことができます <input type="checkbox"/> ポータブルトイレは使用してもかまいません	<input type="checkbox"/> 病棟内であれば制限はありません。 <input type="checkbox"/> 病院内であれば特に制限はありません	<input type="checkbox"/> 病院内であれば特に制限はありません
食事	<input type="checkbox"/> 入院直後は体の具合によりお食事できない場合があります。 <input type="checkbox"/> ( )食が開始となります	<input type="checkbox"/> 治療食( ) <input type="checkbox"/> 常食	
清潔	<input type="checkbox"/> 蒸しタオルでお体を拭きます	<input type="checkbox"/> シャワー浴ができます <input type="checkbox"/> 蒸しタオルでお体を拭きます	
排泄	<input type="checkbox"/> ベッド上で尿器・便器を使用しての排泄となります <input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用させていただきます	<input type="checkbox"/> 病棟トイレを使用させていただいてかまいません	
患者様及びご家族への説明 栄養指導 服薬指導	症状について医師から説明があります 看護師が入院生活について説明します		退院日について医師より説明があります。 退院後のリハビリについて理学療法士より説明があります。 薬について薬剤師から説明があります。
		今までの生活を看護師と共に振り返り、脳梗塞の危険因子説明します	

