

入院診療計画書

脊髄刺激療法(試験刺激)を受けられる患者さんへ

説明年月日 年 月 日

患者さん用

患者さん氏名	様	ペインクリニック	病棟	号室
病名		入院目的	疼痛緩和	症状
処置内容	脊髄刺激療法(試験刺激)	推定される入院期間	約	特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無
主治医署名		受持/説明看護師署名		主治医以外の担当者署名

月 日	経 過	入院 処置当日 (処置前)	入院 処置当日 (処置後)	処置後 1 日	処置後 2 日 ~ 13 日	処置後 14 日 退院
	達成目標	・ 治療に対し受容ができ、自らの意思で治療に臨むことができる	・ 刺激感が痛みの場所と一致する ・ 痛みが和らぐ ・ ダイアルを調節することができる			・ 刺激の効果が確認できる
	治療・薬剤・検査	・ 常に内服している薬があればお知らせください、必要な薬のみ内服します ・ 治療着に着替えていただきます ・ 排泄を済ませ、治療室に行きます	・ 常備薬の再開 ・ 抗生剤の点滴	・ リード挿入部のガーゼ交換 ▶ 医師が挿入部の状態を観察します		・ 退院当日にリードを抜去します
	活動・安静度	・ 制限ありません	・ 制限ありません (制限がある場合は看護師が説明に参ります)			
	食事	・ 普通食または治療食 ()	・ 制限ありません (制限がある場合は看護師が説明に参ります)			
	清潔		・ リード挿入日と翌日はシャワーはできません ・ 体拭きを必要時介助いたします		・ 2日目よりシャワーができます (防水処置をしますので、看護師にお知らせください)	・ 抜去当日はシャワー可能です ・ 抜去翌日から入浴可能です
	患者さん及びご家族への説明	・ 病棟オリエンテーション ・ 手術内容説明	・ 医師より処置の経過について説明があります			・ 退院時説明…退院後の生活、治療について説明します
	必要書類 その他 (リハビリテーション等の計画)	・ 入院誓約書 ・ 病衣申込書 (希望時) ・ 室料差額同意書 (個室使用时) ・ 治療同意書 * 以上を看護師にお渡しください				・ 次回外来受診予約表…退院後の外来受診日と時間を記載した用紙をお渡しします

注1) 診療内容などは現時点で考えられるもので、今後検査など進めていくにしたがって変更する場合があります。その際は再度説明します。

注2) 入院期間については、現時点で考えられるものです。

2022年11月10日 ペインクリニック部作成

承認番号 68001-02

医師より診療計画内容について、十分説明を受けたため同意します。

年 月 日 患者本人署名

親族又は代理人署名

(患者との続柄)