

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 病名

症状

入院目的 推定される入院期間 約 (日・週・月間)

特別な栄養管理の必要性 有・無

主治医以外の担当者署名

主治医署名 受持看護師署名

ペインクリニック 病棟 号室

月 日	経 過	手術当日(手術前)	手術当日(手術後)	手術後1日	手術後2日	手術後7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 ・ダイヤ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(点滴・内服)処置	・常に内服している薬があればお知らせください ・常備薬のうち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 ・抗生物質の内服再開(夕食後より3日間) ※看護師が説明に参ります ・傷のガーゼ交換 * 医師が傷の状態を観察します			・退院前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	・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			必要時、体拭き介助します		
	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	・医師より術後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てください				・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。 2009年9月24日 ペインクリニック部作成

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。

患者ID

年 月 日 患者本人署名

親族又は代理人署名

(患者との続柄)
