

# 入院診療計画書 L-Pシャント術クリニカルパス

説明年月日 年 月 日

患者ID @PATIENTID

病名

症状

入院病棟

病棟

号室

患者氏名

入院目的

推定される入院期間

約 10 日

特別な栄養管理の必要性

有 ・ 無

経過	入院日～手術前日	手術前	手術後	術後1日目
治療・検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術に必要な検査を行います (心電図、レントゲン、呼吸機能、頭部CT、血液検査)</li> <li>検温: 1日1回</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>手術後はHCUに入室します</li> <li>検温: 手術直後・30分後・60分後</li> <li>心電図などの機器を装着します</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟へ戻ります</li> <li>血液検査、頭部CT検査を行います</li> <li>検温: 1日3回</li> </ul> 
処置	<ul style="list-style-type: none"> <li>お臍の周辺の汚れを取ります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手に点滴の管を入れます</li> <li>手術着に着替えます</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>創部の確認を行います</li> </ul>	
安静度	<ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>ベッド上安静です</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>頭部CT後、医師の確認後に病棟内を歩行可能です</li> <li>初回歩行は看護師が付き添います</li> </ul>
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>_____時から絶食です</li> <li>それまでは制限はありません</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>_____時から絶飲食です</li> </ul> 		<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の指示により再開します</li> </ul>
内服	<ul style="list-style-type: none"> <li>お薬手帳と内服薬の確認を行います</li> <li>医師の指示により内服します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>少量の水分で飲むことができます</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の指示により再開します</li> </ul>
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術室で尿の管を入れます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>排便はベッド上で行います</li> <li>尿量を測定します</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>歩行可能であれば、尿道の管を抜きます</li> </ul>
清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>制限はありません</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>手術後はシャワーなどに入ることができません</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師が身体を拭きます</li> </ul> 
説明・指導 リハビリ テーシヨンの計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>病棟案内を行います</li> <li>検査に必要な書類に署名、捺印をして看護師に渡してください</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li><b>*腰部にはガーゼを貼っていますので、絶対に触らないでください</b></li> <li>手術の結果説明を行います</li> </ul> 	

\*診療内容については現時点で考えられるもので、病状により変更になる場合があります。その場合は再度説明いたします。

主治医署名

主治医以外の担当者署名

説明看護師署名

\*ご不明な点がありましたら下記まで連絡をお願いいたします

**脳神経外科外来:0798-45-6140**

平日 (午前8:45～午後4:30)

第1・3土曜日 (午前8:45～午後12:30)

\*上記時間外は、代表:0798-45-6111

上記の通り、説明を受けました。 年 月 日

患者本人署名

親族または代理人署名	<input style="width: 100%;" type="text"/>	患者との続柄	<input style="width: 100%;" type="text"/>
------------	---	--------	---

経過	術後2日目	術後3日目	術後4日目	術後5日目	術後6日目	術後7日目	術後8日目～退院日
治療・検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>検温:1日2回</li> <li>輸液や抗生剤の点滴を行います</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>血液検査を行います</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>検温:1日1回</li> <li>頭部CT検査を行います</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>血液検査を行います</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>頭部CT検査を行います</li> </ul>	
処置		<ul style="list-style-type: none"> <li>点滴の管を抜きます</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>全部抜鉤します</li> </ul>	
安静度	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院内は自由です</li> </ul>						
食事							
内服							
排泄							
清潔		<ul style="list-style-type: none"> <li>シャワーが可能になります</li> </ul>					
説明・指導							<ul style="list-style-type: none"> <li>退院日が決まれば、看護師から説明があります</li> </ul>

\* 退院後に傷が赤く腫れたり、傷が開いたりするようなことがあれば、脳神経外科外来を受診するようにしてください