

患者ID

入院診療計画書 開頭動脈瘤クリッピング術 クリニカルパス

兵庫医科大学病院

年 月 日

患者様氏名

病名

入院目的





科

病棟・病室

症状

(手術は 月 日 : ~です)

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

経過	入院日・手術前	手術後	手術後1日目	術後2日目
安静度	・自由です。	・ベッド上安静です。 	・坐位可能です。	・トイレまで歩けます。 
検査	・CTの検査・採血を行います。 ・手術に必要な検査を行います。 (レントゲン・心電図 呼吸機能) 検査		・CTの検査を行います。 ・採血を行います。 CT 頭部	
薬剤・処置	・常備薬の確認をします。 ・内服は <input type="checkbox"/> 今まで通りです。 <input type="checkbox"/> 中止して下さい。  ・点滴をします。 ・頭髪を除毛します (手術室で行います。) ・手術前に検温を行います。 ・手術着に着替えます。	・点滴;24時間の点滴をします。 ・抗生剤などの点滴をします。 ・4~6時間毎に検温をします。 頭部にはガーゼ・テープが貼用されています。 頭部は触らないで下さい。 	・検温:4回/日行います。	・検温:3回/日行います。 
食事	手術前日の21時から絶食 24時から絶飲食です。 	・医師の許可があるまで絶飲食です。		・夕食から食べれます。
排泄	・自由です。 	おしっこの管が入っています。 便意がある場合はお知らせください。 看護師が介助を行います。	・ポータブルトイレで行います。	おしっこの管を抜きます。 ・トイレで行います。
清潔	・シャワーに入れます。		・1回/日看護師が 体を拭きます。 	
説明・指導	手術に必要な書類に、 署名・捺印をして 看護師に渡してください。 	手術の結果説明を 行います。 		
その他(リハビリ テーション等の計 画)	・頭部にガーゼが当たっている ので、触らないようにして下さい。 ・状況に応じて、予定が変更 となる場合があります。		※手術は全身麻酔で行います。 手術時間は3~4Hです。 その他、不明な点がありましたら、 お尋ね下さい。 	

※この表はおよその経過を表示しているもので、病状により変更になる場合があります。

1/2

主治医署名	
-------	--












説明看護師署名	
主治医以外の担当者署名	

上記の通り説明を受けました 年 月 日

患者本人署名	
--------	--

親族又は代理人署名	
-----------	--

患者との続柄	
--------	--

経過 月日	術後3日目	術後4～6日目	術後7日目	術後8日目	術後9～12日目	術後13～14日目
安静度	・自由です。 					
検査			・採血をします。 (2～3日おきに)	・頭部CTの 検査をします。 		
薬剤・処置	・点滴:朝・夕に行います。 ・検温2～3回/日行います。 	・検温:2回/日行います。 	・検温1回/日 行います。 ・半抜糸します。	・全抜糸します。 	・創部の 確認をします。 	
食事						
排泄	・おしっこの管を抜きます。 ・トイレで行います。 					
清潔	・1回/日看護師が体を拭きます。	・シャワーに入れます。 				
説明・指導					退院指導をします。 	
その他(リハビリテーション等の計画)	・緊急手術の状況に応じて、予定が変更となる場合があります。					