





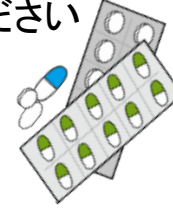
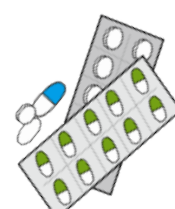








入院診療計画書 病名/症状（ 脳梗塞 / ）：連携クリニカルパス

ID: 様 主治医 看護師 管理栄養士: セラピスト: 薬剤師:

| 月・日 | 月 日  | 月 日   | 月 日   | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日 | 月 日  |
|-----|--|---|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
|     | 入院当日   | 2日目   | 3日目   | 4日目 | 5日目 | 6日目 | 7日目 | 8日目 | 9日目 | 10日目 |
| 食 事 | □普通食です<br>□治療食です   |      |   |     |     |     |     |     |     | 退院   |
|     | 特別な栄養管理の必要性  | 有 ・ 無 （どちらかに○）  |   |     |     |     |     |     |     |      |
| 活 動 | 病室内で安静に過ごします   | 病棟内の<br>歩行が可能です   | 病院内は自由です  |     |     |     |     |     |     |      |
|     | 「総合実施計画書」を作成し、リハビリテーションを行います   |   |   |     |     |     |     |     |     |      |
| 休 息 |   |   |   |     |     |     |     |     |     |      |
|     |   |   |   |     |     |     |     |     |     |      |
| 排 泄 | 病室内トイレをご使用いただきます   |      |  |     |     |     |     |     |     |      |
|     |  |   |   |     |     |     |     |     |     |      |
| 清 潔 | タオルで体を拭きます   | シャワーが<br>可能になります  |   |     |     |     |     |     |     |      |
|     |  |   |   |     |     |     |     |     |     |      |
| 薬   | 内服薬があります   | 内服薬があります  |   |     |     |     |     |     |     |      |
|     | 今まで内服していたお薬を持参してください   | 入院中のお薬については 主治医の指示にしたがってください  |   |     |     |     |     |     |     |      |
| 注 射 | 状況に応じ薬剤師がご説明に伺います  |  |   |     |     |     |     |     |     |      |
|     | 24時間点滴があります  |  |   |     |     |     |     |     |     |      |
| 検 査 | 頚動脈エコー   | 状況に応じて検査を追加します  |   |     |     |     |     |     |     |      |
|     | 心エコー   |   |   |     |     |     |     |     |     |      |
| 処 置 | 血圧脈波   |    |   |     |     |     |     |     |     |      |
|     |  |   |   |     |     |     |     |     |     |      |
| 説 明 | 病歴についておききします   |    |   |     |     |     |     |     |     |      |
|     | 医師と看護師より入院生活、治療について説明します   | 毎週水曜日<br>午後3時より<br>10階の<br>デイルームで<br>脳卒中教室を<br>開催しています                                |   |     |     |     |     |     |     |      |
|     | 担当看護師が看護の計画についてご説明します  |  |   |     |     |     |     |     |     |      |
|     | 65歳以上、又は特定疾病を有する40歳から65歳未満の方は総合的な機能評価を行います   | 主治医より検査結果<br>の説明があります   |   |     |     |     |     |     |     |      |
|     | 禁煙しましょう  |  |   |     |     |     |     |     |     |      |
|     |  | 栄養士による栄養指導があります   |   |     |     |     |     |     |     |      |
|     |  | 退院後の生活について<br>ソーシャルワーカーが相談にのります   |   |     |     |     |     |     |     |      |
|     |  |  |   |     |     |     |     |     |     |      |
|     |  | 診断書や証明書が必要な方は<br>お早めにご依頼ください  |   |     |     |     |     |     |     |      |
|     |  | 薬剤師による服薬指導があります   |   |     |     |     |     |     |     |      |
|     |  |  |   |     |     |     |     |     |     |      |
|     |  | 退院後の生活が理解できれば退院です   |   |     |     |     |     |     |     |      |

\* 病状に応じて内容が変更になることがございますのでご了承ください

ご質問がございましたら 主治医や看護師にご遠慮なくお尋ねください。

年 月 日 患者署名

年 月 日 代諾者署名(続柄 )

済生会福岡総合病院 脳神経内科

2025年 4月