

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	<input type="checkbox"/> 普通食です <input type="checkbox"/> 治療食です									
	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									
	「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	病室内トイレをご使用いただきます									
排 泄	病室内トイレをご使用いただきます									
	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									
	タオルで体を拭きます									
薬	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									
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	頸動脈エコー									
	心エコー									
処 置	状況に応じて検査を追加します									
	状況に応じて検査を追加します									
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									
禁煙	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									
	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									
禁煙	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									
	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									

\* 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

2024年 3月