














































入院診療計画書 脳卒中 脳梗塞 脳出血 ク 膜下出血 その他

急性期病院			回復期 病院		かかりつけ医					
経過	入院日	2日目 7日目	8日目 転院(〜2、3週間目)	前期 (転院 1、 週間目)	中期 (転院 、 週間目)	後期 (転院 、 、 月目)	退院(自宅退院 施設入所)			
		病状に応じて転院します。								
目標	 症状に変化があれば知らせましょう。病気についてよく知しましょう。症状に合わせて無理なく安全に動いていきましょう。転院して を継続する必要がある場合は 自宅退院になります。			病棟生活の ズ を作り、退院を目指して を継続しましょう。		在宅生活に向け、病棟内で「できる動作」を増やしていきましょう。	外泊等を通じて在宅での問題を見つけ、退院先と生活設計を具体的に考えましょう。	無理のない日常生活の ズ を作りましょう。 		
検査	入院時検査をします。	体温、脈拍、血圧、一般状態を観ていきます。病状に応じて、検査をします。   		引き続き体温、脈拍、血圧、一般状態を観ていきます。転院時に必要な検査をします。 病状の変化により、その都度必要な検査を受けて頂きます。 			高血圧や糖尿病、高脂血症などの生活習慣病のある方は、定期的にかかりつけ医を受診し、 検査を受けて、脳梗塞の再発予防をしましょう。			
治療 内服薬	脳卒中の種類 脳梗塞 脳出血など に応じて 治療 点滴や内服薬 が始まります。病状によって手術が必要な場合もあります。現在飲んでいる薬があれば、看護師に預けて下さい。  			内服治療を継続していきます。お薬の内容は症状に合わせて変更される場合があります。持参されたお薬は確認のため看護師に預けて下さい。お薬の管理は看護師が行います。 → 状況によりお薬をご自分で管理して頂きます。 			脳梗塞の再発予防のために、正しくお薬を服用しましょう。ご家族の方もお薬の飲み忘れに気をつけてください。			
安静度 活動	病状により活動範囲や日にちに個人差があります。 段階的に活動度をあげていきましょう。     ッ 上安静です。 ッ 上で座れます。 車椅子を使用して移動できます。			環境が変わると転倒などの危険性があります。 病状にあわせてあせらずに活動度をあげていきましょう。    車椅子を使用します。 自立歩行します。 自由に活動します。 どこまで達成できるかは病状によります			外出 外泊訓練を行います。場合によっては自宅訪問も行います。  			
	主治医の判断によって テ シ が開始されます。転院先で積極的な が受けられるように、体力 能力の回復を目指します。 基本動作 起き上がる 立つ 歩く 理学療法 日常生活動作 食べる 着替える お風呂に入る 作業療法 コ ケ シ 話す 聞く 書く 言語聴覚療法 や摂食機能 飲み込み 看護、言語聴覚療法    			急性期病院からの情報をもとに、担当療法士が評価 訓練を行います。できるだけ自分で行う生活につなげていくために訓練します。 室だけでなく、生活の中にも を取り入れていきましょう。 の期間は、病状によって変わりますが、おおよそ 月 軽症 、 3 月 標準 、 月 重症 の コ スがあります。      車椅子で移動します。歩行訓練をします。補助具 杖など を準備します。		今後の生活に向けて目標を決めます のゴ 設定 。 ご家族のかたも、担当療法士から無理のかからない介護のコツを教えていただいて、今後の介護にお役立てください。		必要に応じて、上イサ スや通院 、訪問 などを継続して運動能力を保つようにしましょう。施設に入所された方は、施設の担当者とはよくご相談下さい。		
食事	主治医の許可があれば開始します。食事できるか評価して食事の内容を検討します。食事が出不来い場合、チ からの栄養剤による食事 経管栄養 が始まります。 			食事の様子を確認します。必要であれば、食器 ス 等を工夫します。  胃ろう (PEG)による栄養治療が必要な場合もあります。		在宅で、可能な方法を選択し、出来る限りの日常生活動作の自立を目指します。自立困難な場合は、介助を軽くするような方法を工夫し、練習します。		生活習慣病のある方は食事に気をつけましょう。		
整容 更衣	洗面、口腔ケア、整髪などを手伝いながら行います。更衣を手伝いながら行います。  			部分的にお手伝いします。 → 道具、方法を工夫し自力でできるように練習します。自力で脱ぎ着ができるように練習します。						
清潔	   体を拭きます。 シ できます。 入浴できます。			入浴動作を評価します。  → 自宅で安全に入浴できるか確認します。 						
排泄	    病状によって尿管カテ テ を留置したり、 タ イ 、尿器 便器を使用します。 歩いて又は車椅子で イ に行きます。			病状に応じた排泄の方法を 考えます。 → 排泄の自立に向けて段階的に練習していきます。						
説明 指導	医師から病状説明があります。		検査結果の説明はご家族と主治医の都合のよい時にさせていただきます。あらかじめ主治医にご確認ください。		医師、看護師、担当療法士、ソ シ カ が の進行状況を確認し、今後の方針を相談します。主治医から、ご本人やご家族に病状や今後の方針についてお話させていただきます。ソ シ カ が介護保険 福祉サ スについてご相談させていただきます。薬剤師によるお薬の説明や栄養士による食事指導を受けることができます。			退院先 自宅退院 施設入所 に応じて、身体機能や生活能力等の情報提供を行い、退院先へのスズな流れを援助します。		
	看護師から入院生活と必要物品について説明があります。 		薬剤師によるお薬の説明を受けることができます。栄養士による食事指導を受けることができます。 看護師 ソ シ カ による転院や今後の療養生活などについて相談が受けられます。介護保険や福祉サ スなどについて 転院は 月 日頃 です。 		介護保険の認定申請を行って下さい。(在宅生活ができるかどうかご本人とご家族でご相談ください)			ケア ジ を選定して、利用する在宅サ スを決めましょう。 退院に向けての問題点や課題を整理していきましょう。 		
同意書	急性期病院、回復期 テ シ 病院、かかりつけ医において適切な治療を継続するために、あなたの情報 氏名、年齢、性別、病名、入院病院名、担当医氏名、合併症、入院経過、治療内容、検査結果、障害の程度、介護認定内容など を伝達し、共有していきます。また、あなたの情報は匿名化され、地域での脳卒中疫学調査に役立てられることがあります。			<input type="checkbox"/> 私は私の情報が各施設へ伝達され、地域の脳卒中の疫学調査に利用されることに同意します。 <input type="checkbox"/> 私は私の情報が各施設へ伝達され、地域の脳卒中の疫学調査に利用されることに同意しません。			 これは標準的な診療 看護計画です。病状によって、 内容や入院期間に変更がありうるのでご了承下さい。ご質問があれば医師 看護師へお問い合わせ下さい。			
平成 年 月 日 説明者 所属				患者氏名 代諾者氏名 続柄						