

入院診療計画書（心不全患者の方へ）

日付: _____


・入院中に発作が起こったときは、すぐにナースコールでお知らせ下さい

病棟:

入院予定期間: _____

ID:

様 病名(主要病状等)^{(注)1}

経過 ^{(注)2}	入院時	急性期～亜急性期（2～7日）	慢性期（1～2週間）	退院予定日 ^{(注)2}
月 日	/ /	/ / ~ / /	/ /	/ /
薬剤 (内服) (点滴) (酸素)	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤師が現在使用中のすべてのお薬を確認します ・利尿剤、血管拡張剤、強心剤等の内服が始まります ・利尿剤、血管拡張剤、強心剤等の点滴をします ・呼吸状態が悪い時は、酸素吸入が始まる場合があります 	<ul style="list-style-type: none"> ・病状により、内服の変更があります ・病状により、点滴の変更があります 	<ul style="list-style-type: none"> ・検査結果により変更される事があります 	<p>【退院の目安】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師より説明があります
検査	<ul style="list-style-type: none"> ・心電図、採血、胸部レントゲン、心臓超音波検査、心臓カテーテル検査など症状に合わせて検査を行います 	<ul style="list-style-type: none"> ・心電図 ・胸部レントゲン ・採血等 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要により、心筋シンチグラム、経食道超音波検査、心臓カテーテル検査等を行います 	
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・病状により、絶食、治療食（塩分制限食、糖尿病食等）にさせて頂く場合があります ・食事のかたさや飲みこみに不安があられる方、食べ物のアレルギーがある方はお申し出ください 			
安静度	<input type="checkbox"/> 病室内安静です <input type="checkbox"/> 病棟内制限ありません <input type="checkbox"/> 病院内制限ありません	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の指示により、徐々に病棟内歩行までできます 	<ul style="list-style-type: none"> ・検査結果により変更される事があります 	
心臓リハビリ		<ul style="list-style-type: none"> ・状態に応じて心臓リハビリテーションを開始します ・生活指導、運動指導、栄養指導を受けることができます ・記入できる方は心不全手帳へ体重・血圧値を記入していきます 	→	
清潔	<input type="checkbox"/> 体拭きをします <input type="checkbox"/> シャワー浴をします <input type="checkbox"/> 入浴をします	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の指示により、徐々にシャワー、入浴ができます 	→	
排泄	<input type="checkbox"/> 安静の為尿の管を入れます 排便もベッド上で行います <input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用して下さい <input type="checkbox"/> 室内トイレまでは歩行可能です ※必要時、尿をためることがあります その際は男性：尿器、女性：検尿カップまたはポータブルトイレで排泄していただきます	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の指示により、トイレ歩行ができます ※必要時、飲水量チェックを行います （飲水制限がある方は制限内で）	<ul style="list-style-type: none"> ・検査結果により変更される事があります 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師より退院時の説明があります ・入院診療費通知書を医事課の者がお持ちします ・お帰りの際はネームバンドを外します
患者さん及びご家族への説明その他	<ul style="list-style-type: none"> ・病状、安静の必要性についての説明があります ・毎朝、体重を測定します ・主治医より治療について説明があります ・医療安全の為ネームバンドをつけます ・入院中何かわからないことがございましたら遠慮なくお尋ねください 		<ul style="list-style-type: none"> ・検査により治療方針が決定すれば、方針に沿って準備、説明をさせていただきます ・心不全の原因が虚血性心臓病や弁膜症の場合は手術（PTCA、バイパス手術、弁置換術等）が必要な場合があります 	

(注) 1 病名（主要症状等）などは、現時点で考えられるものであり、今後検査を進めていくにしたがって変わり得るものです

(注) 2 退院予定時期については、現時点で予想されるものです。何か御不明な点がございましたら担当主治医もしくは看護師にお尋ねください

特別な栄養管理の必要性: 有 ・ 無

説明した日付:

(本人・家族):

(受け持ち看護師):

薬剤師:
栄養士:
理学療法士:

(主治医)