**スケジュール表（脳梗塞　中等症）　　　　　　　　　　　【　　　　　　　　様**　**】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **入　院　中** | **退院について** |
| **治**  **療**  **処**  **置** | ~210017＜お薬について＞  他院からのお薬をお持ちの場合お知らせ下さい。  内服薬の自己管理に不安のある方は、看護師が配薬させていただきますのでお申し出下さい。 | 医師より説明があります。  201002 |
| 入院後点滴治療を行い管理します。  状態によりリハビリテーションを開始します。 |
| **検**  **査** | 血液・尿検査，胸部レントゲン写真，心電図の検査を行います。  また、医師の指示により頭部CTの検査を行います。  医師より検査結果の説明があります。 |
| **検**  **温** | 4228s毎日、体温，血圧等を測定します。  意識の状態、麻痺、瞳孔、言語障害、  頭痛の有無について観察します。 |
| **安**  **静** | 医師より指示があります。  安静度及び安静の必要性を説明します。日常生活動作を援助します。 |
| **食**  **事** | 医師の指示による治療食がまいります。治療食以外の食事はご遠慮下さい。  1日3回（8時12時18時）食事が配られます。  212022引き膳は各自廊下にあるワゴンにお願いします。安静度の制限や麻痺のある方は看護師が引き膳にまいります。  　　　水分は積極的に摂りましょう。1日 600ml～800ml  　　　（水分摂取については、心臓病，腎臓病等により制限されている方は  　　　　担当医の指示に従って下さい） |  |
| **清**  **潔** | 休日以外には清拭用のタオルで身体の清潔を保ちます。  また、医師の許可によりシャワーをご使用になれます。 |  |
| **排**  **泄** | 安静度の制限や麻痺等によりトイレがご使用になれない方には尿器・ポータブルトイレをご用意させていただきます。  麻痺のある方のトイレ・ポータブルトイレへの移動時はかならず看護師へお申し出下さい。 |
| **指**  **導** | 入院中の検査等の予定と生活について説明します。  処方された薬について薬剤師より服薬指導をします。  ＜喫煙について＞  喫煙は細動脈硬化をおこし、脳梗塞や心臓病の原因となります。入院中の喫煙はおやめ下さい。（当院敷地内での喫煙は全面的に禁止されています。） | 退院指導を行います。 |
| **事故防止** | ~202038＜転倒・転落防止の注意点として＞  ・必要に応じベッド柵を使用させていただきます。  ・移動時はすべりにくい履物をご使用下さい。  ・無理な移動は避け、看護師にお知らせ下さい。 | |

　　＊スケジュールは変更される場合があります。　　　　　　　　　2020年5月3日改訂　　　徳島赤十字病院

　　上記説明を受け同意します。　　　　年　　月　　日　患者様（側）署名　　　　　　　　　説明看護師