一過性脳虚血発作で治療を受けられる患者さまへ

患者様用

患者氏名:

様

主冶医:

受持看護師:

月日(日時)	/	/	/	/	/
経過(病日等)	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
達成目標	◆意識障害・麻痺・構音障害・感覚障害が増悪しない ◆入院の必要性を、患者・家族が理解し、同意する ◆退院基準を理解し、同意する	◆意識障害・麻痺・構音障害・感覚 障害が増悪しない	◆意識障害・麻痺・構音障害・感覚障害が増悪しない ◆点滴治療が終了している ◆退院後の生活について理解できる		【退院基準】 ◆脳梗塞の発症がない
治療・薬剤 (点滴・内服) 処置・リハビリ	点滴を行います ――――――――――――――――――――――――――――――――――――				症状が比較的軽い事が多い 、、脳梗塞へ移行する危険性
検査	頸部血管エコー・心エコー・ホルター心電図を行い ます				いと言われています。脳梗塞リ 『理(再発防止)の徹底により
活動•安静度	車椅子移動ができます	病棟内歩行ができます	病院内歩行ができます		予後は良好です。
食事	必要に応じて治療食になることもあります				
清潔	看護師が身体を拭きます		シャワー浴ができます	入浴ができます	
排泄	車いすでトイレまで介助します	トイレで排泄できます			
患者様及び ご家族への説明 栄養指導 服薬指導	主治医が治療計画について、 看護師が入院生活について、 説明いたします (入院費に関するご心配事が ありましたら、お早めに 4階総合受付6番にご連絡ください 必要時、薬剤師・管理栄養士が薬や食事について記 主治医が今後の治療方針について説明いたします	また、入院中に自分の病気について 看護師が退院に向けて問題点を一糸 ②症状について	師が説明いたします 院後の内服管理、食事・生活習慣の見値 知り、異常に気づけるようになることも大 都に考え、それに向けて支援していきます	:事です!	◎わからないことがありましたらいつでも 看護師にお尋ね下さい
チェック項目	★再発予防のため自分の症状を知ることがとても大	切です。毎日変化がないかチェックし	ていきましょう!		
血圧					
麻痺	有・無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有・無
しゃべりにくさ	有 · 無	有 ・ 無	有・無	有 ・ 無	有・無
ふらつき	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
おくすり 飲んだらチェック しましょう				朝 昼 夕 寝る前	朝 昼 夕 寝る前
自由欄 (メモ)	※何か医師、看護師、薬剤師等に尋ねたいことがある。	りましたら、ご自由にお書きください。			