
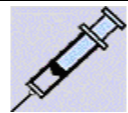







めまい症で入院される患者様へ(入院診療計画書)

氏名 _____ 様
病名 _____ 症状 _____

月日	/	
経過	入院日	2日目
達成目標	【患者状態】 ◆めまい症状が軽減し、安全に日常生活の動作ができる	【知識・教育・理解】 ◆日常生活の注意点について理解できる 【生活動作・日常動作・リハビリ】 ◆日常生活の動作ができる ◆安定した歩行ができる 【退院基準】 ◆退院後の治療や注意事項が理解できる ◆安全に歩行ができる
治療・薬剤 (点滴 内服)	入院後点滴があります (食事が食べられない場合は点滴を増やします)  	(食事が食べられない場合は点滴をします)
処置	毎日診察があります 	
検査	動けるようになれば、聴力検査があります	
活動 安静度	制限ありません 	
栄養	制限ありません 	
清潔		めまいなどの症状があれば体を拭きます
排泄	制限ありません トイレまで行けない場合は尿器や車椅子でトイレに行きます  	
患者様及び ご家族への 説明 リハビリ 栄養指導 服薬指導	看護師が入院生活の説明をいたします 薬剤師が薬について説明いたします 入院費に関するご心配がありましたら、お早めに医療福祉相談室にご相談下さい 40歳以上の方は、別紙《総合機能評価表》を用いて総合的な機能評価を行う場合があります 特別な栄養管理の必要性 有・ <input checked="" type="radio"/> 無	



注 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくに従って変わることがあります

主治医 _____ 印 _____

主治医署名 _____
※主治医の押印がある場合は不要

主治医以外の担当者 _____
 看護師 _____
 薬剤師 _____
 栄養士 _____