
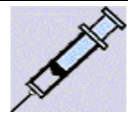







めまい症で入院される患者様へ(入院診療計画書)

氏名 _____ 様
病名 _____ 症状 _____

月日	/	
経過	入院日	2日目
達成目標	<p>【患者状態】</p> <p>◆めまい症状が軽減し、安全に日常生活の動作ができる</p>	<p>【知識・教育・理解】</p> <p>◆日常生活の注意点について理解できる</p> <p>【生活動作・日常動作・リハビリ】</p> <p>◆日常生活の動作ができる</p> <p>◆安定した歩行ができる</p> <p>【退院基準】</p> <p>◆退院後の治療や注意事項が理解できる</p> <p>◆安全に歩行ができる</p>
治療・薬剤 (点滴 内服)	<p>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)</p>  	<p>(食事が食べられない場合は点滴をします)</p>
処置	<p>毎日診察があります</p> 	
検査	<p>動けるようになれば、聴力検査があります</p>	
活動 安静度	<p>制限ありません</p> 	
栄養	<p>制限ありません</p> 	
清潔	<p>めまいなどの症状があれば体を拭きます</p>	
排泄	<p>制限ありません</p> <p>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</p>  	
患者様及び ご家族への 説明 リハビリ 栄養指導 服薬指導	<p>看護師が入院生活の説明をいたします</p> <p>薬剤師が薬について説明いたします</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>特別な栄養管理の必要性 有・<input checked="" type="radio"/>無</p>	



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 _____