

病名:		主治医:		担当看護師:			
20 年 月 日	/	/	/	/	/		
経過	入院・治療前日	当日・治療前	当日・治療後	治療翌日			
	治療に対し理解ができる	→	治療後、合併症を起こさず経過できる	安心して退院できる			
確認医師署名							
検査	<input type="checkbox"/> CT MRI XP <input type="checkbox"/> アレルギー()	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT・アンギオ A					
観察	<input type="checkbox"/> 入院時	<input type="checkbox"/> 治療前	<input type="checkbox"/> 治療後(帰宅時) <input type="checkbox"/> 1時間後 <input type="checkbox"/> 安静解除時 A <input type="checkbox"/> 適宜 <input type="checkbox"/> 状態の観察 ・気分不快 ・痙攣 ・麻痺 ・疼痛 ・刺入部・固定部	<input type="checkbox"/> 通常			
点滴	<input type="checkbox"/> 点滴ルート確保(G)	<input type="checkbox"/> 点滴開始() <input type="checkbox"/> フレーム固定時沈静 <input type="checkbox"/> ペンタジン iv <input type="checkbox"/> ドルミカム iv	<input type="checkbox"/> 点滴へパロック	<input type="checkbox"/> 点滴抜去			
治療・処置	<input type="checkbox"/> 寝衣・T字帯準備 A <input type="checkbox"/> 鼠径部除毛 A <input type="checkbox"/> 足背動脈マーキング A	<input type="checkbox"/> 尿カテ挿入(Fr) A <input type="checkbox"/> フレーム固定	<input type="checkbox"/> 絶対安静解除(:)A <input type="checkbox"/> 安静解除(:)A <input type="checkbox"/> フレーム除去	<input type="checkbox"/> フレーム固定部の消毒			
内服薬	<input type="checkbox"/> 鎮痛薬・抗生剤・胃薬・ステロイド・抗痙攣薬の処方 <input type="checkbox"/> レドルミン内服(希望時)	<input type="checkbox"/> 定時薬内服(6時) <input type="checkbox"/> ロキソニンの内服(フレーム固定後)	<input type="checkbox"/> トロール内服(治療直後) <input type="checkbox"/> フェノール内服(治療直後) 内服口あり or □なし <input type="checkbox"/> パンスポリン内服(昼) <input type="checkbox"/> ノイエル内服(昼) <input type="checkbox"/> パンスポリン内服(夕) <input type="checkbox"/> ノイエル内服(夕) <input type="checkbox"/> 定時薬内服 <input type="checkbox"/> ロキソニン内服(希望時) <input type="checkbox"/> レドルミン内服(希望時)	<input type="checkbox"/> パンスポリン内服(朝) <input type="checkbox"/> ノイエル内服(朝) <input type="checkbox"/> フェノール内服(朝) 内服口あり or □なし <input type="checkbox"/> 定時薬の内服			
教育・指導(栄養・服薬)・説明	<input type="checkbox"/> 入院オリエンテーション <input type="checkbox"/> クリニカルパスの説明 <input type="checkbox"/> リストバンドの確認 <input type="checkbox"/> 治療前の準備 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書 <input type="checkbox"/> 治療の説明 <input type="checkbox"/> 同意書の確認(医師説明)	<input type="checkbox"/> 食事・飲水の説明 <input type="checkbox"/> 内服の説明 <input type="checkbox"/> フレーム固定後の安楽な体位の工夫	<input type="checkbox"/> 食事・飲水の説明 <input type="checkbox"/> 内服の説明 <input type="checkbox"/> 看護師による退院指導 <input type="checkbox"/> 退院日の消毒セット準備 <input type="checkbox"/> 治療結果説明 <input type="checkbox"/> 退院療養計画書 <input type="checkbox"/> 次回受診日 <input type="checkbox"/> 紹介状返事作成				
栄養(食事・摂取量)	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 食事変更入力	<input type="checkbox"/> 朝食止め	<input type="checkbox"/> 昼食待ち(お握り食)	<input type="checkbox"/> 普通食			
活動・安静度	<input type="checkbox"/> 院内フリー		<input type="checkbox"/> ベットアップ可 A <input type="checkbox"/> ローリング可 A <input type="checkbox"/> 歩行可	<input type="checkbox"/> 院内フリー			
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴						
排泄		<input type="checkbox"/> 尿カテ A <input type="checkbox"/> 尿器 A	<input type="checkbox"/> 尿カテ抜去				
その他フリーコメント							
バリアンス	(有 無)	(有 無)	(有 無)	(有 無)	(有 無)	(有 無)	(有 無)
経過記録の有無	(日勤) 有・無	(深夜) 有・無	(日勤) 有・無	(深夜) 有・無	(日勤) 有・無	(深夜) 有・無	(日勤) 有・無
担当看護師署名							