

# 入院診療計画書(てんかん 経過観察1泊2日入院)

ID番号 @PATIENTID  
病名(他に考える病名)

てんかん

氏名 @PATIENTNAME

様

@PATIENTWARD 病棟  
症状

@PATIENTROOM 号室

担当医師 @USERNAME

印

担当看護師

担当薬剤師

その他の担当者名

@SYSDATE

月日	/	/
経過	入院日	退院予定日
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>●けいれんが出現しない。</li> <li>●治療の必要性を理解できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●退院後の生活の注意点が理解できる</li> </ul>
検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>●医師の指示で心電図モニターを装着します。医師の許可が出るまで続けます。</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">                 必要に応じて検査をうけていただきます。 日時が決定しましたら、その都度説明します。             </div>	<h3 style="text-align: center;">てんかん発作の予防</h3> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 大量に酒を飲まないでください。 酒の量は個人差があります。可能であれば、飲酒は控えるようにしてください。</li> <li>2. 内服を忘れないでください。 ・退院後は、必要に応じて治療を続けます。 ・処方された薬の用法用量を守りましょう。 ・飲み忘れは、発作のリスクが高まりますので、飲み忘れに注意しましょう。</li> <li>3. ストレスや疲労を溜めないようにしましょう。</li> <li>4. 睡眠時間を確保するようにしましょう。</li> <li>5. 退院後に外出、通勤・通学などに制限がある場合は、主治医から説明を行います。 車の運転は、医師の指示に従うようにしてください。</li> </ol>
治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>●必要に応じて内服薬を調整します。</li> </ul> <div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>●意識の状態を観察する際は、下記の内容を質問させていただきます。意識障害の確認のため何度も質問します。ご協力お願いします。</li> <li>1. お名前を教えてください</li> <li>2. ここはどこかわかりますか</li> <li>3. お年はいくつですか</li> <li>4. 今日は、何月何日ですか</li> </ul> </div>	
観察	<ul style="list-style-type: none"> <li>●1日3回 体温、血圧、脈、意識状態、手足の運動、感覚、目の動きなどを確認します。</li> </ul>	
注射	<ul style="list-style-type: none"> <li>●注射が必要になった場合は、その都度説明します。</li> </ul>	
内服	<ul style="list-style-type: none"> <li>●薬剤師が内服中の薬を全て確認します。</li> <li>●必要に応じて内服薬を調整します。</li> </ul> 	
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>●医師の許可が出ましたら、食事を摂取できます。</li> </ul>	
行動	<ul style="list-style-type: none"> <li>●医師の許可ができれば、病棟内を歩行・シャワー浴ができます。</li> <li>●はじめて歩行する際には、看護師が付き添いますのでお知らせください。</li> </ul>	
説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>●入院後の治療について説明をします。</li> <li>●入院生活について説明をします。</li> </ul>	<div style="border: 2px solid orange; padding: 10px;"> <p>退院後、何か気になる症状がある際は、下記へご連絡ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●平日：脳疾患センター外来 Tel.024-547-1218</li> <li>●休日・夜間：きぼう棟7階東病棟 Tel.024-547-1617</li> </ul> </div> 

注1) 病名は現時点で考えられるものであり、今後の検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。  
注2) 入院期間については現時点で予想されるものです。  
注3) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等様式の変更が直ちに出来ない場合、食事の欄に記載してもよい。

上記内容について説明を受け同意いたしました。

特別な栄養管理の必要性	有 ・ 無
-------------	-------

署名:	続柄:
-----	-----