

入院診療計画書

CP000885 様 入院日: 年 月 日 病棟: 号室
 病名・症状: パス名: 担当看護師: 担当薬剤師: 担当栄養士:
 総合的機能評価:

西暦 年 月 日 やわたメディカルセンター
 担当医: 西暦 年 月 日 印 看護師:
 患者様・ご家族様サイン

期 間	No	未定	未定	未定
経 過		入院日	入院2日目	退院日
達成目標	P	注射部位の痛みが少ない。 必要時コールを押すことができる、転ぶ事無く過ごすことができる。	・リハビリ時に注射した足や手を動かすことができる。 ・リハビリ以外で練習メニューを行う事ができる。 ・自主運動を日常生活の中に取り入れ動かすことができる。	退院後、日常生活のなかで動かすことができる。
退院基準	P			【退院の基準】 ・注射後の疼痛や赤みがなく、注射した手や足を日常生活の中で動かしていくことを意識でき、リハビリ後退院となります。
治療・処置・検査	P	ボトックスによる治療に対する同意書を看護師に渡してください。 レントゲン・心電図検査を必要に応じて行ないます。 	採血を必要に応じて行ないます。 	
活動・安静	P	・注射した薬が必要な範囲外に広がるのを防ぐため、注射後、数時間は注射部位を揉まないでください。 ・当日の入浴や激しい運動など、血液の流れを増加させるようなことは控えてください。 ・注射で活動的になったり、筋肉のバランスが変わって転びやすくなることがあるので注意しましょう。 ・他の病院や診療科など受診する際は、ボトックス注射を受けていることを医師に伝えましょう。	主治医より許可があれば病院内の歩行は一人で可能です。 ・介助が必要な方は、2回から3回家庭浴や機械浴で入浴を行ないます。 ・1人で入浴が可能な方は、大浴場 15時より18時まで(月・水・金)	
栄養(食事)	P	●特別な栄養管理の必要性 【 有 ・ 無 】		
教育・指導・説明等	P	・入院時、現在飲まれているお薬、同意書、入院誓約書をスタッフに提出してください 	・麻痺側の手や足をリハビリ以外で自主的に動かしましょう。 ・手や足を日常生活の中で使いましょう。	・退院後も、継続して腕や足を意識して使っ行きましょう。 ・3か月後を目安にリハビリテーション科外来に再診の連絡を行ってください。 
理学療法	P	ボトックス注射前に麻痺側の手や足の症状を確認します。注射後、患部の状態の確認や自主練習の紹介をします。 	・自主練習方法を紹介します。 ・麻痺側の手や足の運動を日常的に行い、習慣化していきましょう。 ・麻痺側の手や足を日常生活の中で使用する方法を紹介します。	・退院後も継続して行える自主練習方法を紹介します。 ・麻痺側の手や足を日常生活の中で使用する方法を紹介します。積極的に動かしていきましょう。 
作業療法	P	ご家庭での生活状況や、手や足についてのお困りごとについてお伺いします。	・身の回りの動作や日常生活の中で麻痺側の手や足を動かせるよう練習します	・身の回りのことや日常生活上で、麻痺側の手や足を動かすことを継続していきましょう。