

| 急性期(大崎市民病院)                          |   |  |  | 回復期・維持期<br>(かかりつけ医)  |
|--------------------------------------|---|--|--|--|
| 経過(目安)                               | 月 日<br>~ 月 日<br>入院日 ~ 2日目   | 月 日<br>~ 月 日<br>3日目 ~ 7日目  | 月 日<br>~ 月 日<br>8日目 ~ 退院日  | 目安:退院2週間後, 4週間後, 6週間後, 8週間後, 3ヶ月後<br>(以降1ヶ月ごとに通院)  |
| 達成目標<br>(アウトカム)                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 心不全手帳を交付する</li> <li>○ 安静を守ることができる</li> <li>○ 呼吸が楽になる</li> <li>○ 体重が減る</li> </ul>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 心不全手帳に記載する</li> <li>○ 疾患と生活習慣の関連を理解できる</li> <li>○ 生活習慣の問題点を認識できる</li> <li>○ 呼吸状態が改善する</li> <li>○ 内服薬の必要性が理解できる</li> </ul>   | 【退院基準】<br><ul style="list-style-type: none"> <li>○ 呼吸状態が病前と同程度に回復する</li> <li>○ 服薬管理ができる</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 日常生活が可能</li> <li>○ 体重と水分の自己管理ができる</li> <li>○ 服薬管理ができる</li> <li>○ 心不全症状がない</li> </ul>                            |
| 目標体重                                 | ・現体重( )kg   | ・目標体重( )kg   | ・目標体重( )kg   | ・目標体重( )kg   |
| 検査                                   | ・病状に応じて採血、心電図、超音波、レントゲン、尿検査などを行います               |  |  | ・必要に応じて採血、レントゲン検査などを行います   |
| 食事(栄養士の指導も含む)                        | ・病院食以外は間食禁止となります。また、食事内容によって栄養指導を受けて頂きます         |  |  | ・バランスの良い食事を心がけましょう<br>・減塩, 水分制限を守りましょう   |
| 観察・処置                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・(持続的に)点滴をします</li> <li>・普段服用されているお薬は、看護師がお預かりします→すべて持参して下さい</li> </ul>                       |  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・点滴および服薬治療を適切に行います</li> </ul>  |
| 点滴・内服                                | ・(持続的に)点滴をします<br>・普段服用されているお薬は、看護師がお預かりします→すべて持参して下さい   |  |  | ・必要に応じて、お薬を処方します   |
| リハビリ                                 | ・必要なリハビリテーションを行います<br>リハビリのために履きなれた靴を準備してください  |  |  | ・適切な運動療法を継続しましょう   |
| 安静度                                  | ・状態に応じてベッド上、ポータブルトイレ、車椅子トイレ移動、室内・トイレまでの移動ができます。   | ・リハビリの状況に応じて安静度が変更となります<br>・状態に応じて車椅子トイレ移動、トイレまでの移動ができます   | ・状態に応じて病棟内や院内の移動ができます  | ・状態に応じて、介護保険サービス等を活用しましょう  |
| 清潔                                   | ・看護師が介助し、身体を拭きます                                 | ・状態に応じて医師の許可の元、シャワー浴できます   |  | ・入浴等で清潔を保ちましょう   |
| 排泄                                   | ・状態により、ベッド上やトイレにて行います   |  |  | ・トイレ歩行しましょう  |
| 患者さん及びご家族への説明                        | ※ 安静度によって、排泄方法に変更があります。医師の指示に従ってください  |  |  |  |
| 患者さん及びご家族への説明                        | ・医師, 看護師から入院生活について説明をします<br>特別な栄養管理の必要性 有・無      | 【退院見込の説明】<br>平均的な治療の流れから考え8日~21日間の入院期間で、<br><input type="checkbox"/> 自宅退院を目指し、退院後は地元のかかりつけ医に紹介いたします。<br><input type="checkbox"/> 他の医療機関への転院を目指します。<br><input type="checkbox"/> 施設等への退院を目指し、退院後はかかりつけ医に紹介いたします。 | ・医師, 看護師, 薬剤師, 栄養士, 社会福祉士から説明があります   | ・かかりつけ医にご相談ください<br>必要に応じて、在宅サービスについて相談を行います  |
| お困りの際やご不明なところは遠慮なく主治医または看護師へおたずね下さい。 |   |  |  | お困りの際やご不明なところは遠慮なく主治医または看護師へおたずね下さい。   |

※1 病名や退院見込等は、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したがって変わり得るものです。

※2 入院期間については現時点で予想されるものです。

※3 退院時に患者さんに交付いたします。通院先医療機関にご提出ください。

○ 上記について、説明を受け同意いたします。

令和 年 月 日

説明日: 令和 年 月 日

6階東病棟

患者氏名: \_\_\_\_\_

説明医師名: \_\_\_\_\_

看護師名: \_\_\_\_\_

代理人氏名: \_\_\_\_\_ 続柄( )