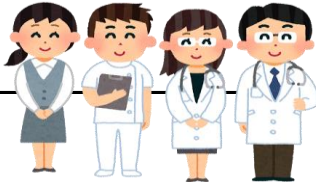


# 痙攣後経過観察の患者さん (入院診療計画書)

患者ID: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_ 病棟: \_\_\_\_\_ 病室: \_\_\_\_\_  
 患者氏名: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_ 症状: 複雑型熱性痙攣 群発痙攣 痙攣重積発作  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

経過	入院日 ( / )	退院日 ( / )
患者目標	入院して安静にします	意識が清明で、全身状態が安定しており、痙攣の再発がなければ退院可能です
治療・処置	点滴をします 1日3回程度、体温、呼吸、心拍数などの測定を行います 必要がある場合には、血糖値の測定を行います 熱が高く、つらい場合には解熱剤を使用することができます (解熱剤の使用間隔は6時間以上です)	意識の状態に問題がないことや身体診察で異常がないことを確認します 
活動	基本的にベッド上で過ごして下さい トイレまでの歩行は可能です	基本的にベッド上で過ごして下さい トイレまでの歩行は可能です
食事	医師の指示により食事を用意します	医師の指示により食事を用意します
清潔		
説明・指導	<input type="checkbox"/> 救急外来での診察・検査結果について説明致します <input type="checkbox"/> 褥瘡対策に関する計画の必要性について評価します (有・無) <input type="checkbox"/> 特別な栄養管理の必要性について評価します (有・無) <input type="checkbox"/> 必要な場合、抑制をさせていただきます <input type="checkbox"/> 病棟内の説明をします	<input type="checkbox"/> 退院される方には再度受診をした方が良い状態について説明致します <input type="checkbox"/> 再度、診察が必要な場合には予約をお取りします
主担当医氏名: _____ 印 _____ 主担当医以外の担当者: _____		
_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 上記の説明を受けました。 患者・家族サイン: _____ (続柄) _____		メモ: _____ _____

2018/10/30 作成  
2018/7 改訂