

【心不全リハビリ:臥床】 入院診療計画書

疾患名 **心不全**
診断群分類

主治医
看護師
薬剤師

栄養士
療法士

ID
氏名

病棟(病室):

	月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	
目標	合併症の出現がなくリハビリが行える 不安の表出ができ、安心してリハビリが行える					
安静度	ベッドアップ()度まで可	ベッドアップ可能な角度までの 座位はできます→		ベッド上フリーです	
リハビリ		臥床① 午前、午後 1日2回あります ベッド上でのリハビリです	臥床②	臥床③	臥床④	
検査 処置	心電図モニターをつけます リハビリ前後に 脈拍、血圧、酸素を測定します 体重測定をします(毎日) 					
食事	水分制限 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 状態に合った食事です 					
清潔	身体を拭きます(週3回) シャンプーをします(週1回) 					
排泄	尿量測定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
説明 指導	総合評価 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	臥床①②③④に関しては リハビリの際に説明します→			
症状			特別な 栄養管理の 必要性	<input type="checkbox"/> あり	日常生活能力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 介助が必要な状態です
本人・家族の要望				<input type="checkbox"/> なし	認知機能	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不安定な部分があります
看護計画					気分・心理状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不安定な部分があります

本人氏名
親族又は代理人氏名 続柄:

説明日時 西暦 年 月 日

主治医氏名