

頭部外傷後の経過観察











傷病名：脳振盪の疑い

症状：

治療法：保存的治療

氏名： _____ 様 西・東病棟 階 A・B 号室

病状説明：検査の結果、緊急で手術が必要な病変は認めませんが、今後症状が変化する場合があります。そのための経過観察目的で入院が必要です。

経過	入院日 (/)	翌日 (2日目) (/)	3日目~ (/)	退院日 (/)
目標	意識レベル、神経学症状の悪化なく経過することができる			退院できる
食事	入院当日に意識がはっきりしない場合は、飲んだり食べたりは出来ません	状態の改善すれば食事ができます  		
安静度	安静が必要なため、ベッドで過ごしていただきます 	担当医の許可があれば院内は歩けます		
排泄	おしっこの管が入る場合があります	状態が良ければおしっこの管を抜きます		
清潔	体を拭きます 			
治療処置	点滴をします 			点滴の針を抜きます
検査	採血・CTスキャン・X線検査・心電図の検査をします  	必要時、採血とCT検査を行います		必要時、退院前に採血とCTの検査を行います
説明指導	・入院について説明があります ・貴金属（ネックレス・ピアス・指輪・時計） 義歯、眼鏡、ヘアピン、かつら、湿布などは取り外し てください	CT検査の結果について説明があります 	検査結果の説明があります 	退院後の検査や処置について説明があります 
その他	ご不明な箇所がございましたら、担当医または看護師にお伝え下さい。			

特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無
在宅復帰支援計画 無 ・ 有 ()
総合的な機能評価 無 ・ 有 ()

〔注1〕 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査を進めていくにしたがって変わることがあります。
〔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〕 原本患者保管・自署以外のサインは印が必要です。

年 月 日
岩手医科大附属病院・岩手県高度救命救急センター
主治医 : _____
担当以外の担当者 : _____
在宅復帰支援担当者 : _____
本人・家族 : _____