












神経・筋生検クリティカルパス Ver2.1 患者様用入院診療計画書

説明日 年 月 日

カルテ番号 _____ お名前 _____ 様 病名 _____ 病棟 _____ 病室 _____ 主治医 _____ 担当看護師 _____

	前日	当日	検査2時間後	1日目	2~7日目
月日	/	/	/	/	/
安静度	自由又は従来通りです。		検査後2時間はベッド上安静です。 	創部に体重をかけないように歩行できます。	自由又は従来通りです。 
清潔	シャワーに入れます。 			シャワーに入れます。	
食事	特に制限はありません。既往症等により内容は変更になります。	2時間前から絶食です。飲水はできます。 	検査後、食事・飲水できます。 		
排泄	特に制限はありません。		創部が足の場合、トイレへの移動は、車椅子を使用させていただきます。	創部に体重をかけないように歩行できます。	自由又は従来通りです。 →
点滴 内服 注射	服用している薬があれば通常通り服用して下さい。		フロモックス・ムコスタを毎食後に1錠ずつ内服していただきます 検査が午前の場合は朝から夕まで、午後の場合は昼から翌朝まで内服していただきます。 		
処置	場合により、生検部位の除毛を行います。血圧測定・採血を行います。 	血圧測定を行います。 →			抜糸を行います。 
その他	検査の説明があります。検査の説明後承諾書を提出して下さい。	痛み等があれば、お申し出下さい。鎮痛剤を使用します。			
総合的な機能評価					

* 状況により予定を変更する場合があります。ご不明な点がございましたら、ご遠慮なくスタッフまでお気軽にお尋ね下さい。
* 右記の金額は概算であり、診療内容により増減することがあります。

康生会武田病院 神経脳血管センターパスワーキンググループ (2005.5.)

患者氏名 _____

同席者氏名 _____

医療費概算 一般3割負担の方 約90,000円
前期・後期高齢者3割負担の方 約90,000円
前期・後期高齢者1割負担の方 約30,000円