

誤嚥性肺炎クリニカルパス

主治医は <<ORDCT S.M>> 医師

担当看護師は \_\_\_\_\_ です

|                | 入院日                                                                                                                                 | 2日目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3日目                                                                                                                                   | 4日目                                                                                                                                   | 5日目                                                                                                                                   | 6日目                                                                                                                                   | 7日目                                                                                                                                   | 8日目(退院日)                                                                                                                              |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                | 月 日 曜日                                                                                                                              | 月 日 曜日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 月 日 曜日                                                                                                                                | 月 日 曜日                                                                                                                                | 月 日 曜日                                                                                                                                | 月 日 曜日                                                                                                                                | 月 日 曜日                                                                                                                                | 月 日 曜日                                                                                                                                |
| 処置<br>治療<br>観察 | 点滴(あり・なし)<br>酸素(あり・なし)                                                                                                              | 点滴(あり・なし)<br>酸素(あり・なし)                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 点滴(あり・なし)<br>酸素(あり・なし)                                                                                                                | 点滴(あり・なし)<br>酸素(あり・なし)                                                                                                                | 点滴(あり・なし)<br>酸素(あり・なし)                                                                                                                | 点滴(あり・なし)<br>酸素(あり・なし)                                                                                                                | 点滴(あり・なし)<br>酸素(あり・なし)                                                                                                                | 点滴(あり・なし)<br>酸素(あり・なし)                                                                                                                |
| 検査             | 採血・痰の検査をします<br>                                    | 飲み込みの確認を行います                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                       | 採血・レントゲン検査をします<br>                                 |                                                                                                                                       |                                                                                                                                       | 採血・レントゲン検査をします<br>                                 |                                                                                                                                       |
| 活動             | ベッドの頭側を常に30度程挙げます<br>歯磨きやうがいを行いましょう<br>体拭きをします<br> | ベッドの頭側を常に30度程挙げます<br>歯磨きやうがいを行いましょう<br>体拭きをします<br>                                                                                                                                                                                              | ベッドの頭側を常に30度程挙げます<br>歯磨きやうがいを行いましょう<br>体拭きをします<br> | ベッドの頭側を常に30度程挙げます<br>歯磨きやうがいを行いましょう<br>体拭きをします<br> | ベッドの頭側を常に30度程挙げます<br>歯磨きやうがいを行いましょう<br>体拭きをします<br> | ベッドの頭側を常に30度程挙げます<br>歯磨きやうがいを行いましょう<br>体拭きをします<br> | ベッドの頭側を常に30度程挙げます<br>歯磨きやうがいを行いましょう<br>体拭きをします<br> | ベッドの頭側を常に30度程挙げます<br>歯磨きやうがいを行いましょう<br>体拭きをします<br> |
| リハビリ           | 病棟内は制限なく歩くことができます<br>必要時は、リハビリをします<br>           | 病棟内は制限なく歩くことができます<br>必要時は、リハビリをします<br>                                                                                                                                                                                                        | 病棟内は制限なく歩くことができます<br>必要時は、リハビリをします<br>           | 病棟内は制限なく歩くことができます<br>必要時は、リハビリをします<br>           | 病棟内は制限なく歩くことができます<br>必要時は、リハビリをします<br>           | 病棟内は制限なく歩くことができます<br>必要時は、リハビリをします<br>           | 病棟内は制限なく歩くことができます<br>必要時は、リハビリをします<br>           | 病棟内は制限なく歩くことができます<br>必要時は、リハビリをします<br>           |
| 食事<br>栄養       | 欠食です<br>                                         | 飲み込みの確認をして、問題なければ、食事を開始します<br>とろみ(あり・なし)<br>                                                                                                                                                                                                  | 食事があります<br>とろみ(あり・なし)<br>                        | 食事があります<br>とろみ(あり・なし)<br>                        | 食事があります<br>とろみ(あり・なし)<br>                        | 食事があります<br>とろみ(あり・なし)<br>                        | 食事があります<br>とろみ(あり・なし)<br>                        | 食事があります<br>とろみ(あり・なし)<br>                        |
| 説明<br>教育       | 主治医、病棟看護師が説明します                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                       | 検査説明をします                                                                                                                              |                                                                                                                                       |                                                                                                                                       | 検査説明をします                                                                                                                              | 退院書類をお渡しします<br>                                  |
| 痛みに関すること       | 毎日、痛みの程度を0～10の11段階で確認します。<br>痛みがある場合は、我慢せずに看護師にお伝え下さい。                                                                              | 痛みに関する目標<br> <div><input type="checkbox"/> 痛みの程度(NRS) _____ 以下で過ごすことができる<br/><input type="checkbox"/> 痛みなく睡眠できる<br/><input type="checkbox"/> 安静時に痛みがない<br/><input type="checkbox"/> その他( _____ )<br/><input type="checkbox"/> 体動時に痛みがない</div> |                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |
| 看護師<br>サイン     |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |                                                                                                                                       |

\* 状況に応じて内容が変更になることがございますのでご了承ください。 ご不明な点がございましたら、いつでもお尋ね下さい。