

a01000006a

<<入院診療計画書・退院療養計画書>>

水頭症の検査を受ける患者さまへ

患者氏名 O 様 病名： 正常圧水頭症の疑い 症状： 歩行障害や頻尿など 主治医： O 印 受け持ち看護師：

月日	1月0日	1月1日		
項目	入院日	検査前	検査中	検査後
達成目標	検査の準備ができる	安心して検査に臨むことができる	安全に検査が実施できる	検査後の安静が守れる
治療・薬剤（内服）	・お持ちになった薬は看護師に渡してください。 薬剤師が確認後、医師に確認します。 ・医師の許可があるお薬のみ内服できます。 ・薬物治療について文書を用いて担当薬剤師が説明します ・採血、レントゲン、心電図の検査があります。	・医師の許可があるお薬のみ内服します。		・お薬の管理は検査後の状態が安定するまで看護師が管理する場合があります。
活動・安静度	・制限はありません。 ・ふらつきや歩行困難があるかたは、看護師が移動をお手伝いします。 ・理学療法士とリハビリを行います。 ・シャワーに入れます。 	・（ ）時から検査をします。 ・シャワーに入れます。	・検査中は、横向きに寝て両膝を抱えておへそを見るような姿勢になります。 動かないようにしましょう。	・検査終了後30分間はベッド上で過ごします。
食事	・特別な栄養管理の必要性（有・無） 栄養管理が必要な場合は、文書を用いて管理栄養士が説明します 治療食など食事制限がある方は、医師の指示に従ってください。	・検査当日 朝食（禁食・制限なし） 昼食（禁食・制限なし） 検査の時間によっては食事時間が変わる場合があります。		・検査終了30分後より、食事ができます。 治療食など食事制限がある方は、医師の指示に従ってください。
排泄	・制限はありません。 ・ふらつきがあるかたは、看護師が移動をお手伝いします。			・検査終了30分後より、トイレに行くことができます。 それまでは、ベッド上で尿器や便器を使用します。 ・ふらつきがある方は看護師が移動をお手伝いします。
患者様およびご家族への説明	・外来通院中に検査の説明を受けてない方は、医師から説明があります。 ・承諾されました書類にご署名の上、看護師に渡してください。 ・看護師が検査前後の流れについて説明します。 ・患者様確認のためのIDバンドを装着します。		・頭痛、吐き気、手足のしびれなどがあるときは申し出てください。	・穿刺部のガーゼは、翌日看護師が確認するまで、はがさないでください。

注1 場合によっては内容を変更することがあります。

2026.1.15 040006 (1/2)

サインは2枚目をお願いします。

a01000006a

0
0

<<入院診療計画書・退院療養計画書>>

水頭症の検査を受ける患者さまへ

患者氏名	○	様	病名： 正常圧水頭症の疑い	症状： 歩行障害、頻尿	主治医： ○	印	受け持ち看護師：
月日	1月2日		1月3日		1月4日		1月5日
項目	検査後1日目		検査後2～4日目				退院日
達成目標	穿刺部の異常がなく、安全に入院生活を送ることができる		安全に入院生活を送ることができる				退院後の生活について不安がない
治療・薬剤 (内服)	・お薬の管理は検査後の状態が安定するまで看護師が管理する場合があります。		・医師の回診があります。 ・医師の指示があれば、採血、レントゲンなどの検査があります。				
活動・安静度	・看護師が穿刺部の状態を確認し、ガーゼを外します。 消毒剤が残っていれば拭き取ります。 ・安静の制限はありません。歩行が不安定な方は、看護師がお手伝いや見守りをします。 ・リハビリで歩行の評価を行います。 ・シャワーに入れます。		・安静の制限はありません。歩行が不安定な方は、看護師がお手伝いや見守りをします。 ・状態に合わせて歩行練習をします。 ・シャワーに入れます。				・医師の許可により退院日が決定します。会計が終わりましたら、病棟カウンターにお寄りください。リストバンドは看護師が外します。 ・次の外来があるかたは、予約票をお渡しします。 【退院後の生活の注意点】 ・頭痛や発熱など体調に異常があるときには外来にご連絡ください。 ・転倒につながりやすくなりますのでアルコール摂取は控えてください。 ・入院中に運動（リハビリ）を指導された方は継続して行ってください。 ・便秘にならないように、水分摂取、軽い運動、規則正しい食生活を心がけてください。 ・入浴は制限ありません。
食事	・制限はありません。 ・治療食など食事制限が必要な方は、医師の指示に従ってください。						
排泄	・制限はありません。ふらつきや歩行困難があるかたは、看護師が移動をお手伝いします。						
患者様およびご家族への説明	・穿刺部のガーゼは、翌日看護師が確認するまで、はがさないでください。						

注1 場合によっては内容を変更することがあります。 2026.1.15 040006 (2/2)

リハビリテーション・退院支援が必要な場合は、文書を用いて説明します

年 月 日 患者氏名 (代理人の場合) 代理人名 (続柄)