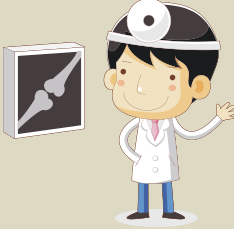


患者氏名 _____ 様 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 担当医師 _____ 担当看護師 _____

標準的な経過を示しています。予定変更になる場合がありますので、ご不明な点は遠慮なくお尋ねください。

月日	入院日 (/)	治療前日	治療日 (月水金)	治療後	全治療終了後 (/)
患者目標	治療に対し十分な同意と理解が得られる。		治療が問題なく終了する。		m-ECT の効果により入院時の症状が軽快する
検査 治療 処置	採血・心電図・胸部 X 線があります。 内科受診、麻酔科カルテ診があります。		①手術着に着替え、オムツを着用します ②体温、血圧、脈拍等を測定します。 ③朝 7 時前後に点滴を行います。メガネ、義歯、時計、コンタクトを外しておいてください。 ④9 時頃より治療開始となります。 ⑤全身麻酔をかけて治療を行うため術後 2 時間程度間程の酸素投与があります。 ※副作用に 頭痛、吐き気 が出現する事があります。症状があれば看護師にお知らせください。		状態に応じて血液検査などがあります。
安静・活動・食事	病棟内自由	21 時より食べたり飲んだりできません	終了後 2 時間はベッド上安静です。	昼食は帰宅後 3 時間前後となります。	病棟内自由
薬剤・リハビリ	薬剤師により服薬指導を行います。必要に応じ、医師の指示にて理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリが開始されます。				
清潔	普段と同じですが、治療日の入浴等は看護師にご相談下さい。				
指導 説明	医師により病状説明があります。入院診療計画書をお渡しします。 看護師より入院時オリエンテーション (説明) を行います。 栄養管理は栄養士が行います。治療食の方は栄養指導を行います。 アレルギーのある方は申し出て下さい。 ※手術に必要な物品 (オムツ 回分) をご用意するようお願い致します。			医師より退院に向けての説明があります。 退院後は退院療養計画書に沿って御加療下さい。 軽い物忘れが起こる事がありますが 1 か月以内に回復します。	



- ・病名などは現時点で考えられるものであり、今後の検査などを進めていくに従い変更する事があります。
- ・入院期間は 19 日ですが現時点で予想する期間です。効果不十分であれば追加実施する場合がありますが、その際には医師より患者様ご家族に対し説明を行います。
- ・上記クリニカルパス (予定計画) について十分な説明を受けるとともに質問の機会を得ましたので同意します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 署名

本人以外の場合は患者さんとの御関係 (_____)