













































# 脳梗塞の検査と治療のすすみかた（心原性脳塞栓症パス）

氏名（ \_\_\_\_\_ ）様

・この表の検査と治療はあくまで目安であり、病状により計画を変更する場合があります

|                           | 入院時（第1病日）   | 第2病日  | 第3病日   | 第4病日  | 第5病日  | 第6病日  | 第7病日  | 第8病日以降退院  |  |
|---------------------------|---|---|--|---|---|---|---|---|--|
| <b>検査（CTおよび血液検査）</b>      |    |    |    |   |   |   |   |  |  |
| <b>血圧</b>                 |    |    |    |    |    |    |    |  |  |
| <b>安静度・食事・リハビリ</b>        | ※以下の図は目安です。病状に応じて安静度を決めていきますので主治医の指示に従って下さい。  |   |  |   |   |   |   |   |  |
| <b>安静</b>                 |    |    |    |   |   |   |   | リハビリ病院への転院や自宅退院など今後の方針についてお話しをさせていただきます。  |  |
| <b>食事</b>                 | 30度負荷テスト<br>食事は飲み込みのテストをしてからになります。  | 60度負荷テスト  | 90度負荷テスト<br>食事内容は病状に合わせて決定されます。  |   |   |   |   |  |  |
| <b>入浴、トイレ</b>             |   |   |  | 90度負荷テストに合格後、シャワー浴・トイレへの移動が可能となります。<br>リハビリ内容は病状にあわせて決定されます。                          |   |   |   |   |  |
| <b>リハビリ</b>               |    |   |   |    |    |    |   |   |  |
| <b>治療薬</b>                | 点滴の終了は主治医が判断します。  |   |  |   |   |   |   |   |  |
| 使用予定の点滴による治療薬<br>（ヘパリン）   |    |    |    |    |    |    |    |  |  |
| （ _____ ）                 | ）ヘパリン開始予定   |   |  |   |   |   |   |   |  |
| 使用予定の内服による治療薬<br>（ワーファリン） |   |    |    |    |    |    |    |  |  |
| （イグザレルト）                  |   |   |  |   |   |   |   |   |  |
| （プラザキサ）                   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |
| （エリキュース）                  |   |   |  |   |   |   |   |   |  |
| <b>入院中に行う可能性がある検査</b>     | 必要な検査は病状によって異なりますので、検査日は後日お知らせします   |   |  |   |   |   |   |   |  |
|                           |  |  |  |  |  |  |   |   |  |
|                           | X線検査  | 心電図   | 心臓超音波  | 24時間心電図・血圧  | 頭部CT/MRI  |   |   |   |  |
| <b>病状説明</b>               |  | 注：病状説明につきましては適宜行いますので主治医と日程を相談して下さい。  |  |   |   |   |  |   |  |
|                           | 入院時説明   |   |  |   |   |   |   |   |  |
| <b>ソーシャルワーカー</b>          | 必要に応じて退院後のご相談などをさせていただきます。  |   |  |   |   |   |   |   |  |

説明日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者様／ご家族サイン（ \_\_\_\_\_ ） 説明者：医師／看護師（ \_\_\_\_\_ ）