入 院 診 療 計 画 書

特別な栄養管理の必要性の有無　　有　・　無

【 手術名: 】

(ID:　　)

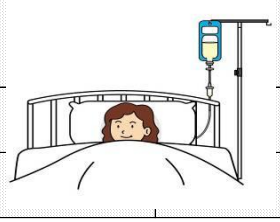
患者氏名　　様　病名

病棟 (　　号室)　症状

主治医	:	印
担当医	:	印
担当看護師	:	印
在宅復帰支援担当者	:	印

注1　病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって、変わり得るものです。　注2　入院期間については現時点で予想されるものです。
注3　*印は、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)を算定する患者にあっては必ず記入すること。　注4　◇印は、入院患者に対して、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

推定される入院期間(月/日)	1日目(　/　)						日目(　/　)
日時(手術日・退院日など)	入院日	手術		術後			退院日
治療計画 薬剤(点滴・内服)	注射やお薬は手術前にはありません	点滴確保後、全身麻酔をして手術を開始します		痛みや吐き気があるときは、楽になるように坐薬や注射があります。我慢しないでお知らせ下さい。			
処置	手術室にご案内するまではお部屋で静かにお待ちください			ストレッチャーで部屋に帰ります			医師の診察後退院となります
手術内容及び日程							
検査内容及び日程							再来日の説明があります
安静度 リハビリ(OT・PT・STによる指導を含む)	安静の制限はありません	ベッドの上で手術に適した体位を医師が説明します		意識がしっかりさめるまではベッドで休んで頂きます			退院指導計画書をもとに看護師から退院後の説明があります
食事(栄養士による指導も含む)	絶飲食を守ってください			飲水開始の許可が主治医よりでたあとに、飲水や食事は可能です			
清潔	お名前を書いたネームバンドを腕につけて頂きます			麻酔の覚めが良好で主治医の許可があれば、トイレは歩行可能です。			
排泄	手術前にお手洗いを済ませておいてください						
その他							
看護計画							
*在宅復帰支援計画 ◇総合的な機能評	日常生活動作 (自立 ・ 要介助) 注意して診療にあたります。						
患者さん及びご家族への説明	入院中、必要に応じてお話させていただきます。(「検査や手術などの前後」、「病状の経過」、「今後の方向性」等)						



上記説明受けました　　患者様氏名