

入院診療計画書 < 腎盂腎炎 >

特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無

(患者ID:) 病棟 (号室) 担当医 : 印

患者氏名: 様 病名 担当看護師 : 印

症状 * 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従って、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)を算定する患者様にあつては、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	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7~8日目頃
日時 <small>(手術日・退院日など)</small>	入院日						退院日
治療計画 薬剤 <small>(点滴・内服)</small>	抗生物質 (点滴)	抗生物質 (点滴)	抗生物質 (点滴)	抗生物質 (点滴)	抗生物質 (点滴)	抗生物質 (内服)	抗生物質 (内服)
処置							
手術内容及び日程							
検査内容及び日程	検査前日には説明を行います。				腹部超音波 採血・検尿		
安静度	病棟内						
食事 <small>(栄養士による指導も含む)</small>	普通食または治療食						
清潔	シャワー・入浴の許可が出るまでは、体拭きのタオルをお渡しします。状況に応じてお手伝いします。シャンプーは希望に応じて行います。						
排泄							
その他 ・看護計画 ・リハビリテーション等の計画							
*在宅復帰支援計画 ◇総合的な機能評価	日常生活動作 (自立 ・ 要介助) 注意して診療にあたります。						
患者様及びご家族への説明	飲水を多めに心がけて下さい。	説明を希望される時は、看護師に伝えて下さい。 主治医と調整いたします。				退院前には退院指導を行います。	

上記の説明を受けました。

患者様氏名: _____