

# 入院診療計画書 < 急性喉頭蓋炎治療入院される方へ >



特別な栄養管理の必要性の有無 有 ・ 無

(ID: ) 患者氏名: 様 病棟 ( 病室)

病名: 主治医 : 印 担当看護師 : 印

症状: 担当医 : 印 在宅復帰 支援担当者\* : 印

平日は、放送後診察があります。動ける方は、12階病棟の耳鼻科診察室におこしてください。

	入院日 月 日	2日目 月 日	3日目 月 日	~	7日目 退院予定
治療 薬剤(点滴・内服)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                     抗生剤の点滴(朝、夕)                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                     食事量にあわせて水分補給の点滴                 </div> </div> 				
処置・診察	・毎朝放送後、診察があります。動ける方は、12階病棟の診察室におこしてください。 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">                     外来にて喉頭ファイバースコープ検査                 </div>				
検査	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">血液検査</div>  <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">血液検査</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">血液検査</div> </div>				
安静度	・特に制限はありませんが、なるべく安静を保ってください。				
食事 (栄養士による指導も含む)	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">                     全粥食より開始                 </div> ーご希望により、食事を変更していきますので、看護師にお尋ねください。				
清潔	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">                     顔、体拭きのタオルを                 </div> ー医師の指示で、シャワー・洗髪の許可が出ます。看護師にお尋ねください。				
排泄	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">                     原則としてトイレ歩行可                 </div> ートイレに行くことが出来ない方は看護師にお尋ねください。				
患者様及びご家族への説明	・のどの乾燥を予防するために、入院中はマスクを着用してください。 ・朝の回診時に、現在の病状についてご説明します。 ・退院の目途が立った時点で退院については主治医よりご相談します。				
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。				

・退院後もしばらくは無理な活動を避けてください。  
 ・退院後も長時間の入浴は控えましょう。  
 ・再来日は約1週間後です。  
 ・退院は午前10時頃となります。

調子が悪いときは、早めに再来するか耳鼻科外来あるいは救急外来にご連絡ください。  
 TEL (0852)24-2111



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。

上記の説明を受けました。 本人・家族