

# 小児科（呼吸器疾患）入院診療計画書

平成24年10月改正

患者さんのお名前

@PATIENTNAME 様

主治医名

@MAIN\_DOCTOR 印

看護師名

	入院日				退院			
	月	日	月	日	月	日		
患者様の目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>息苦しさが解消する。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>酸素や持続吸入を使わなくて安楽な呼吸が出来る</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>活動時も楽な呼吸が出来る。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>経皮酸素飽和度が90%後半となり、眠れる、食べれる、遊べるようになる。</li> <li>家庭での注意点が分かる</li> </ul>	
治療処置	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬はご家族に渡し、内服状況を確認します。</li> <li>点滴は24時間続きます。</li> <li>点滴の横からの注射（あり・なし）</li> <li>□1日2回⇒10時、22時</li> <li>□1日3回⇒6時、14時、22時</li> <li>□1日4回⇒4時、10時、16時、22時</li> </ul> 		<input type="checkbox"/> 1日1回 <input type="checkbox"/> 1日2回 <input type="checkbox"/> 1日3回 <input type="checkbox"/> 1日4回		<input type="checkbox"/> 1日1回 <input type="checkbox"/> 1日2回 <input type="checkbox"/> 1日3回 <input type="checkbox"/> 1日4回		<input type="checkbox"/> 1日1回 <input type="checkbox"/> 1日2回 <input type="checkbox"/> 1日3回 <input type="checkbox"/> 1日4回 退院前日か当日に点滴が抜けます。	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>持続的な吸入（あり・なし）</li> <li>加湿酸素（あり・なし）</li> <li>メプチン吸入（あり・なし）</li> <li>□1日3回⇒9時、14時、18時</li> <li>□1日4回⇒9時、14時、18時、21時</li> </ul> 		<input type="checkbox"/> 1日3回 <input type="checkbox"/> 1日4回		<input type="checkbox"/> 1日3回 <input type="checkbox"/> 1日4回		<input type="checkbox"/> 1日3回 <input type="checkbox"/> 1日4回	
検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>検温1日4回 ⇒6時、10時、14時、19時頃</li> <li>症状によりモニターをつけます。</li> <li>必要時血液検査・尿検査などがあります。</li> </ul>							
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>アレルギーや除去中の食物があれば知らせて下さい。</li> <li>食事は年齢や病状に応じたものを出しますが、希望があればお伝えください。</li> <li>哺乳が制限されることがあります。</li> </ul>							
清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>シャワーできません</li> <li>タオルで体を拭きます（月～土曜日の9時頃蒸しタオルをお渡しします。）</li> </ul>						<ul style="list-style-type: none"> <li>点滴が抜けるとシャワーできます。</li> </ul> 	
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>一日の尿と便の回数を聞きます。</li> <li>病室内のトイレにオムツ用ゴミ箱があります。</li> <li>必要があれば、おまるや補助便座を貸し出します。</li> <li>点滴ポンプと一緒にトイレへ行けます</li> </ul>							
活動安静度	<ul style="list-style-type: none"> <li>病室内安静です。</li> </ul> 						<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の許可があればプレイルームで遊べます。</li> <li>医師の許可があれば散歩ができるようになります</li> </ul> 	
説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師より説明をします。</li> <li>転倒・転落防止について説明をします。</li> <li>部屋の入退室時は感染予防のため手洗い・うがいに協力をお願いします。</li> </ul>						<ul style="list-style-type: none"> <li>必要に応じて日常生活指導をします。</li> <li>環境・薬物療法・吸入指導をします。</li> </ul>	
栄養	<ul style="list-style-type: none"> <li>特別な栄養管理の必要性 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> </ul>						<ul style="list-style-type: none"> <li>入院費用 精算:退院後自宅に郵送となります。詳しく知りたい方は担当者に申し出て下さい。</li> <li>乳児医療受給資格者の医療費自己負担は無料です。その他は3割負担です。</li> <li>病衣は1日60円、付き添いベッドは1日80円、食事代は一食につき260円、個室料はかかります。全額自己負担になります。</li> <li>看護師より説明をします。</li> </ul>	
褥瘡	<ul style="list-style-type: none"> <li>褥瘡の有無 現在 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>過去 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> </ul>							
料金概算	<ul style="list-style-type: none"> <li>日常生活自立度 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>準寝たきり <input type="checkbox"/>寝たきり</li> </ul>							

上記のとおり説明を受けました 年 月 日

患者本人署名

親族または代理人署名

続柄



@PATI ENTI DC032 @PATI ENTSELECTEDSECTI ONCODE @SYSAT @STME652001 @USERI D@PATI ENTVARCODE