

ソケイヘルニア手術入院診療計画書（手術前日入院）

平成24年9月改正







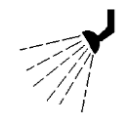






患者さんのお名前

@PATIENTNAME 様

主治医名

@MAIN_DOCTOR 印

看護師名

日付	入院(手術前日) (/)	手術当日(術前) (/)	(術後)	手術後1日目 (/)	2日目 (/)	3日目~7日目 (/)
患者様の目標	不安なく手術を受けることができる		合併症がなく経過する			
治療処置		点滴をします 		ガーゼ交換 		
食事	21時以降絶食となります 		許可があれば水分は摂れます  飲食できます 夕食が出ます			
清潔	シャワーできます 	シャワーできません		看護師がタオルで体を拭きます 		手術後4日目からシャワーできます 
活動安静度	病院内自由です 		ベッド上安静です 	病院内自由です 		
説明指導	医師より手術の説明をします  					看護師より次回受診日の説明をします 
栄養褥瘡	<ul style="list-style-type: none"> 特別な栄養管理の必要性 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 褥瘡の有無 現在 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 過去 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 		<ul style="list-style-type: none"> ●診療費概算(医事課) ●1割負担で30,000円前後、2割負担で60,000円前後、3割負担で90,000円前後 ●高齢者医療証をお持ちの方は、一月のお支払い限度額が44,400円となります。 ●限度額適用認定証をお持ちの方は一月の診療費が80,100円を超えた場合は一定の計算割合にて自己負担限度額が計算されます。(所得等の状況により診療費限度額は変わります。) ●福祉医療を受けておられる方は健康保険分の診療費はありません。 ●食事代は1食につき260円となり個人負担となります。 ※上記はあくまでも概算となっておりますので、参考にしてください。 			
料金概算	<ul style="list-style-type: none"> 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 					

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

黒部市民病院



@PATTI_ENTI_D0032 @PATTI_ENTSELECTEDSECTI_ONCODE@SYSAT@SSTME655001 @USERI_D@PATTI_ENTWARCODE