

# ソケイヘルニア手術入院診療計画書（手術当日入院）

平成24年9月改正

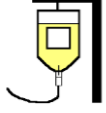






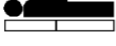



患者さんのお名前

@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<br>   |  | ガーゼ交換<br>           |          |  |
| 食事       | 絶飲食です<br>  | 許可があれば水分は摂れます<br><br>飲食できます<br>夕食が出ます |  |          |  |
| 清潔       | シャワーできません   |  | 看護師がタオルで体を拭きます<br> |          | 手術後4日目からシャワーできます<br>   |
| 活動安静度    | 病院内自由です<br>  | ベッド上安静です<br>                       | 病院内自由です<br>       |          |  |
| 説明指導     | 看護師より入院生活の説明をします<br>   |  |  |          | 看護師より次回受診日の説明をします<br> |
| 栄養褥瘡料金概算 | <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> <li>褥瘡の有無 現在 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし<br/>過去 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <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> <p>■診療費概算(医事課)<br/>                     ●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<br/>                     ●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。<br/>                     ●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。)<br/>                     ●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。<br/>                     ●食事代は1食につき260円となり個人負担となります。<br/>                     ※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。</p> |  |  |          |  |

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



@PATI ENT1 DC032 @PATI ENTSELECTEDSECTI ONCODE@SYSAT@SSTME670001 @USERI D@PATI ENTWARCODE