

乳房手術入院診療計画書

平成24年9月改正

患者さんのお名前

主治医名

看護師名

| 日付 | 手術前日 (月日) | 手術当日 (月日) 手術前 | 手術当日 (月日) 手術後 | 手術後1日目 (月日) | 2日目 (月日) | 3日目 (月日) | 4~5日目 (月日~) | 6日目~退院 (月日~) |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 | 21時に下剤を内服します  | 点滴をします  | | ガーゼ交換  | | | | |
| 検査 | | | | 手術後の検査をします 採血  レントゲン  | | | | |
| 食事 | 飲食できます  | 21時以降絶食となります  | | 昼から飲食できます   朝より水分は摂れます | | | | |
| 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  | | | シャワーできます  | |
| 排泄 | | | 尿管が入ります | 尿管が抜けます | | | | |
| 活動安静度 | 病院内自由です  | | ベッド上安静です  | 病室内自由です  | 病棟内自由です | 病院内自由です | | |
| 説明指導 | 医師より手術の説明をします  | 看護師より入院生活と手術前処置の説明をします  | 手術後、医師より説明をします  | | | | | 看護師より、次回受診日の  |
| 栄養 褥瘡 料金概算 | <p>■診療費概算(医事課)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●1割負担で68,000円前後、2割負担で132,000円前後、3割負担で197,000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。 <p>※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 ENTSELECTEDSECT1 QNCODE@SYSAT @SSTME656001 @USER1 D@PATI ENTVARCODE