







(右・左)人工骨頭置換術(亜急性期)入院診療計画書

平成25年7月改正

患者さんのお名前 @PATIENTNAME 様

主治医名 @MAIN_DOCTOR 印

看護師名 @NURSE

月/日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
患者様の目標	車椅子または1本杖で歩行できる										退院可
治療処置	傷は抜糸が終わっている場合は回診はありません。 異常に感じた時は、看護師に知らせてください。										
食事		普通食です。									
清潔		シャワーできます									
排泄		自分のペースに合わせた移動方法でトイレ可									
活動安静度	 -----> 										状態に合わせてリハビリを続けていきます 床上リハビリを続けていきます
説明指導		生活上の注意点を説明します									
栄養褥瘡	・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										
料金概算	・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										
■診療費概算(医事課) ●1割負担で34,000円前後、2割負担で68,000円前後、3割負担で102,000円前後です。(注:亜急性期病床へ入ってからの概算となりますので実際の入院費とは異なります。) ●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。											

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 @STME726001 @USER1 D@PATI ENTWARCODE