





注腸透視（マグコロール25g）入院診療計画書

平成25年10月改正

患者さんのお名前

主治医名

看護師名

日付	入院日（検査前日）	検査当日（検査前）	検査当日（検査後）
	(/)	(/)	
患者様の目標	<ul style="list-style-type: none"> 不安なく検査が受けられる。 下剤服用による合併症がない。 排便の状態を確認できる。 		
主な予定	看護師より説明があります。 	朝、排便があるか確認します。 * 装飾品があれば外しておいて下さい。	検査後より排便の色などの確認をしていきます。
検査		透視室で検査をします。 	
治療投薬処置	時間ごとに下剤を飲んで下さい。 	内服薬がある場合は看護師の指示にしたがって下さい。	内服薬があれば再開して下さい。
栄養食事	検査食（注腸食）です。 * 病院食以外のものは食べないで下さい。ただし、空腹感が強い人は粒が入っていないジュース・水・お茶を飲用して下さい。	朝食は絶食です。 	検査終了後より異常がなければ食事ができます。
栄養褥瘡料金概算	<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 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 	<p>■診療費概算(医事課)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●1割負担で8,000～15,000円前後、2割負担で16,000～30,000円前後、3割負担で24,000～45,000円前後（疾患や手術の有無により金額に違いがあります） ●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。 <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



@PATI ENT1 DC032 @PATI ENTSELECTEDSECT1 ONCODE @SYSAT @STME755001 @USER1 D@PATI ENTVARCODE

黒部市民病院