

# 脳梗塞 入院診療計画書

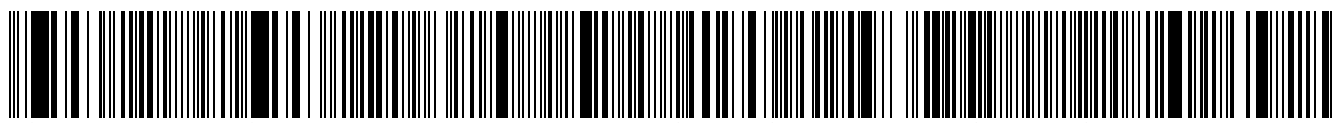
傷病名①  傷病名②  症状  事前検査による異常所見  患部の自覚症状 (意識低下 頭痛 麻痺 言語障害)

予定入院期間:  入院病棟:  担当医:  副担当医:  看護師:  薬剤師:  管理栄養士:  退院調整担当:

患者さんのお名前:

日付	入院日	入院2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	9日目	12~14日目	15日目	
患者さんの目標	治療を受け、安静が保持できる		経口摂取が出来る				日常生活動作が拡大できる		退院できる		
投薬注射	持参薬を確認します。(内服中止)  持続点滴 治療点滴								内服開始 服薬指導		
処置	バイタルサイン4検 6時、10時、15時、21時						バイタルサイン2検 日勤、準夜		バイタルサイン1検 10時		
食事	絶飲食		飲水テスト(医師)		訓練食開始		摂取状況に応じて食事内容が変更となります		全粥開始		
排泄	ベッド上排泄 尿瓶、便器使用 必要時オムツを使用します				ポータブルトイレ可		自室トイレ使用可				
清潔	看護師が身体を拭きます								許可があればシャワー可		
検査											
活動	ベッド上安静 ギャッジアップ30度可		60度可		90度可 端座位可		室内フリー 車椅子可 歩行可		病棟内歩行可 院内歩行可		
説明	医師、看護師より説明があります								医師、看護師より説明があります		
栄養褥瘡自立度	・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		■診療費概算(医事課) ●1割負担で60,000円前後、2割負担で120,000円前後、3割負担で180,000円前後 ※上記はあくまでも概算となっており、実際に行った診療内容や日数の増減によって金額が変わることがあります。 ●医療費が高額になった場合、「限度額適用認定証」をご利用いただくことで、窓口での支払負担が既定の金額で済みます。 所得により限度額は異なりますので、ご加入の保険者で手続きされる際にご確認ください。 ※認定証は申請した月より適応となりますので手続きはお早目をお願いいたします。なお、同意をいただければオンライン資格確認にて限度額の即日確認が可能です。 ●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。 ●食事代は個人負担となります。(所得により負担額は異なります)								

上記のとおり説明を受けました  年  月  日 患者本人署名



@PAT I ENT I DC032@PAT I ENTSELECTEDSECT I ONCODE@SYSAT@SSTME731001 @USER I D@PAT I ENTWARCODE

親族または代理人署名  続柄

黒部市民病院  
令和4年10月改訂