

抜歯 入院診療計画書 (全身麻酔)

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
 (歯痛 炎症)

予定入院期間:

入院病棟:

患者さんのお名前

担当医

副担当医

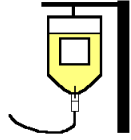
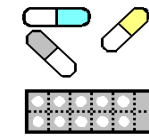



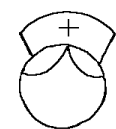
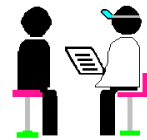

看護師

薬剤師

管理栄養士

退院調整担当

歯科衛生士

日付	入院日・手術前 (/)	手術後 (/)	退院日 (/)
患者さんの目標	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 	許可があれば点滴を抜きます	朝食後より内服薬があります 
食事	絶食です  手術3時間前まで水分は摂れます	手術3時間後より水分は摂れます 	飲食できます 
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 
活動安静度	病院内自由です 	手術後はベッド上安静です 	病院内自由です 
説明指導	看護師より入院生活について説明をします 	手術後、医師より説明をします 	看護師より次回受診日の説明をします 
栄養褥瘡自立度	<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 	<ul style="list-style-type: none"> ■診療費概算(医事課) ●1割負担で25,000円前後、2割負担で50,000円前後、3割負担で75,000円前後 ※上記はあくまでも概算であり、実際に行った診療内容や入院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。 ●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) 	

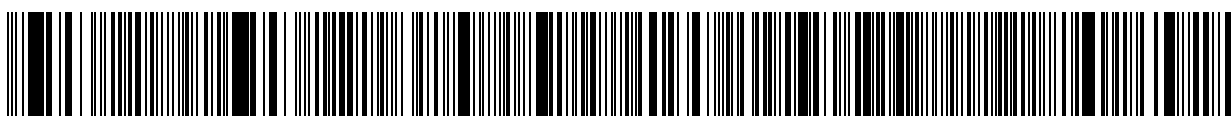
上記のとおり説明を受けました 年 月 日

患者本人署名

親族または代理人署名

続柄

黒部市民病院
令和4年9月 改訂



@PAT | ENT | DC032@PAT | ENTSELECTEDSECTIONCODE@SYSAT@SSTME712001 @USER | D@PAT | ENTWARCODE