

小児科（呼吸器疾患）入院診療計画書

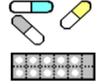
傷病名① 傷病名②

症状 事前検査による異常所見
 患部の自覚症状
 (呼吸苦 発熱 咳嗽 鼻汁)

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				退院	
患者さんの目標	・息苦しさ解消する。		・酸素や持続吸入を使わないうで安楽な呼吸が出来る	・活動時も楽な呼吸が出来る。	・経皮酸素飽和度が90%後半となり、眠れる、食べれる、遊べるようになる。 ・家庭での注意点が分かる	
治療注射	<ul style="list-style-type: none"> 薬はご家族に渡し、内服状況を確認します。 点滴は24時間続きます。 点滴の横からの注射 (あり・なし) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1日2回⇒10時、22時 <input type="checkbox"/> 1日3回⇒6時、14時、22時 <input type="checkbox"/> 1日4回⇒4時、10時、16時、22時   <ul style="list-style-type: none"> 持続的な吸入 (あり・なし) 加湿酸素 (あり・なし) メブチン吸入 (あり・なし) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1日3回⇒9時、14時、18時 <input type="checkbox"/> 1日4回⇒9時、14時、18時、21時 	<input type="checkbox"/> 1日1回 <input type="checkbox"/> 1日2回 <input type="checkbox"/> 1日3回 <input type="checkbox"/> 1日4回	<input type="checkbox"/> 1日1回 <input type="checkbox"/> 1日2回 <input type="checkbox"/> 1日3回 <input type="checkbox"/> 1日4回	<input type="checkbox"/> 1日1回 <input type="checkbox"/> 1日2回 <input type="checkbox"/> 1日3回 <input type="checkbox"/> 1日4回	<input type="checkbox"/> 1日1回 <input type="checkbox"/> 1日2回 <input type="checkbox"/> 1日3回 <input type="checkbox"/> 1日4回 退院前日か当日に点滴が抜けます。	<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて退院処方をお渡しします。 
検査	<ul style="list-style-type: none"> 検温1日4回 ⇒6時、10時、14時、19時頃 症状によりモニターをつけます。 必要時血液検査・尿検査などがあります。 					
食事	<ul style="list-style-type: none"> アレルギーや除去中の食物があれば知らせて下さい。 食事は年齢や病状に応じたものを出しますが、希望があればお伝えください。 哺乳が制限されることがあります。 					
清潔	<ul style="list-style-type: none"> シャワーできません タオルで体を拭きます。(月～土曜日の9時頃蒸しタオルをお渡しします。) 				<ul style="list-style-type: none"> 点滴が抜けるとシャワーできます。 	
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 一日の尿と便の回数を聞きます。 病室内のトイレにオムツ用ゴミ箱があります。 必要があれば、おまるや補助便座を貸し出します。 点滴ポンプと一緒にトイレへ行けます。 					
活動安静度	<ul style="list-style-type: none"> 病室内安静です。 				<ul style="list-style-type: none"> 医師の許可があればプレイルームで遊べます。 医師の許可があれば散歩ができるようになります。 	
説明	<ul style="list-style-type: none"> 看護師より説明をします。 転倒・転落防止について説明をします。 部屋の入退室時は感染予防のため手洗い・うがいに協力をお願いします。 			<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて日常生活指導をします。 環境・薬物療法・吸入指導をします。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師より説明をします。 	
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"> 入院費用 精算：退院後自宅に郵送となります。詳しく知りたい方は担当者に申し出て下さい。乳児医療受給資格者の医療費自己負担は無料です。その他は3割負担です。病衣、付き添いベッド、個室料、食事代は個人負担となります。 			

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



①PATI ENT1 DC032 ②PATI ENTSELECTEDSECT1 ONCODE ③YSAT ④SSTM701001 ⑤USER1 D⑥PATI ENTVARCODE