

# 小児科（呼吸器疾患）入院診療計画書









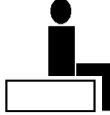


傷病名①  傷病名②

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"> <li>薬はご家族に渡し、内服状況を確認します。</li> <li>点滴は24時間続きます。</li> <li>点滴の横からの注射 (あり・なし)                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1日2回⇒10時、22時</li> <li><input type="checkbox"/> 1日3回⇒6時、14時、22時</li> <li><input type="checkbox"/> 1日4回⇒4時、10時、16時、22時</li> </ul> </li> </ul>   <ul style="list-style-type: none"> <li>持続的な吸入 (あり・なし)</li> <li>加湿酸素 (あり・なし)</li> <li>メブチン吸入 (あり・なし)                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1日3回⇒9時、14時、18時</li> <li><input type="checkbox"/> 1日4回⇒9時、14時、18時、21時</li> </ul> </li> </ul>	<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。 
検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>検温1日4回 ⇒6時、10時、14時、19時頃</li> <li>症状によりモニターをつけます。</li> <li>必要時血液検査・尿検査などがあります。</li> </ul>				
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>アレルギーや除去中の食物があれば知らせて下さい。</li> <li>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。</li> <li>哺乳が制限されることがあります。</li> </ul>				
清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>シャワーできません</li> <li>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。)</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>点滴が抜けるとシャワーできます。</li> </ul>
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>一日の尿と便の回数を聞きます。</li> <li>病室内のトイレにオムツ用ゴミ箱があります。</li> <li>必要があれば、おまるや補助便座を貸し出します。</li> <li>点滴ポンプと一緒にトイレへ行けます。</li> </ul>				
活動安静度	<ul style="list-style-type: none"> <li>病室内安静です。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の許可があればプレイルームで遊べます。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の許可があれば散歩ができるようになります。</li> </ul>
説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師より説明をします。</li> <li>転倒・転落防止について説明をします。</li> <li>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。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>必要に応じて日常生活指導をします。</li> <li>環境・薬物療法・吸入指導をします。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師より説明をします。</li> </ul>
栄養褥瘡自立度	<ul style="list-style-type: none"> <li>特別な栄養管理の必要性 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>			

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⑈SSTM701001⑈USER1 D⑈PATI ENTVARCODE