ソケイヘルニア手術入院診療計画書（手術前日入院）

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
（疼痛　腫れ　嵌頓　　）

予定入院期間：　　入院病棟：

担当医

患者さんのお名前　　副担当医　　看護師　　薬剤師　　管理栄養士　　退院調整担当

日付	入院(手術前日)（　／　）	手術当日(術前)（　／　）	(術後)	手術後１日目（　／　）	2日目（　／　）	３日目~７日目（　／　）
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 注射		点滴をします		ガーゼ交換		
食事	２１時以降絶食となります		許可があれば飲水できます	許可があれば食事できます。		
清潔	シャワーできます	シャワーできません		看護師がタオルで体を拭きます		手術後４日目からシャワーできます
活動 安静度	病院内自由です		ベッド上安静です。許可があればトイレ歩行のみできます。	病院内自由です		
説明 指導	医師より手術の説明をします。 看護師より入院生活の説明をします					看護師より次回受診日の説明をします
栄養 褥瘡 自立度	・特別な栄養管理の必要性　□あり　□なし ・褥瘡の有無　現在　□あり　□なし 過去　□あり　□なし ・日常生活自立度　□自立　□準寝たきり　□寝たきり		■診療費概算(医事課) ●1割負担で27,000～31,000前後、2割負担で54,000～62,000円前後、3割負担で81,000～93,000円前後 ●腹腔鏡下手術の場合、1割負担で53,000～58,000前後、2割負担で106,000～116,000円前後、3割負担で159,000～174,000円前後 ※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。 ●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にお願いいたします。 ●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

@PATI ENTI DC032@PATI ENTSELECTEDSECTI ONCODE@SYSAT@STME672001 @USERI D@PATI ENTWARCODE

黒部市民病院
令和2年8月　改訂