

円形脱毛症 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
 (脱毛)

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	2日目	退院日
患者さんの目標	皮膚症状の悪化を起こさない。		
食事	普通食です。制限はありません（持病に応じて治療食となる事があります） 		
清潔	シャワー浴できます。 		
排泄	制限はありません。 		
安静度	院内フリーです。 		
検査	採血があります。 		
点滴	入院後、点滴を行います。 1日1回	1日1回	 
内服	常に服用している薬があれば、医師か看護師に申し出てください。		
説明	主治医より治療についての説明があります。  看護師より入院生活について説明があります。 		次回の再来日の予約を取ります。看護師が退院後の注意事項などを説明します。 
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 <p>■診療費概算(医事課) ●1割負担で8,500円前後、2割負担で17,000円前後、3割負担で25,500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、ご加入の保険者でお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お手続きはお早め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）</p>		

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3月 改訂

