心臓カテーテル検査(股) 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（胸痛　動悸　ふらつき　　）

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	／	／		／
	検査前日	検査前	検査後	検査後１日目
患者さんの目標	不安なく検査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		昼の薬は少量の水で服用してください 午後から点滴をします →	→	
検　査		午後から検査があります（詳しい時間は当日お知らせします）		
食　事	飲食できます	朝食後から絶食です。	検査終了３時間後から、水分をとることができます。食事もできます	
清　潔	シャワーできます	午前中、シャワーできます	シャワーできません	シャワーできます
排　泄	トイレへ行けます	午後に尿の管がはいります →	→	朝、主治医の診察後、尿の管をとります
活　動 安静度	病院内自由です	ストレッチャーで検査室へ行きます	ベット上安静です。検査した足は伸ばしたままです 検査終了６時間後より、横向きになることができます	朝、主治医の診察後、自由に行動することができます
説　明 指　導	看護師より入院や検査の説明をします		検査後、医師より説明をします	
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20,000円前後、2割負担で40,000円前後、3割負担で60,000円前後 ※上記はあくまでも概算となっており、実際に行った診療内容や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にお願いいたします。なお、同意をいただければオンライン資格確認にて限度額の即日確認が可能です。 ●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

@PATIENTIDC032@PATIENTSELECTEDSECTIONCODE@SYSAT@SSTME801001 @USERID@PATIENTWARCODE

黒部市民病院
令和4年10月 改訂