

肝生検 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
 (腹痛 嘔気 黄疸)

予定入院期間:

入院病棟:

患者さんのお名前

担当医

副担当医

看護師






薬剤師

管理栄養士




退院調整担当

日付	入院日(検査前日)	検査当日(検査前)	検査当日(検査後)	1日目	2日目	3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	睡眠前に下剤を内服します 	朝、排便がない場合は浣腸をします 検査前から点滴をします  抗生物質を3日間飲みます	検査後、朝まで心電図モニターをつけます 	朝、6時に異常がなければ安静解除となります ガーゼ交換をします 内服薬があれば再開してください 		
------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	--

検査		病室で検査をします		採血とレントゲン検査があります  		
----	--	-----------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

食事	飲食できます 	昼食は絶食です。朝、12時まで水分を摂ることができます 	水分は検査1時間後から摂取することができます。夕食は検査4時間後から摂取することができます。	飲食できます 		
----	----------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

清潔	シャワーできます 		シャワーできません	シャワーできません。タオルで体を拭きます 	シャワーできます 	
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	--

排泄	トイレへ行けます 	検査前に尿の管が入ります		朝、6時に尿の管を抜きます。その後、トイレへ行けます 	トイレへ行けます 	
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	--

活動安静度	院内自由です 		看護師の指示があるまで、ベッド上で安静です 	病棟内自由です	院内自由です 	
-------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	--

説明指導	医師より治療・病状の説明をします 看護師より入院生活の説明をします 					
------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

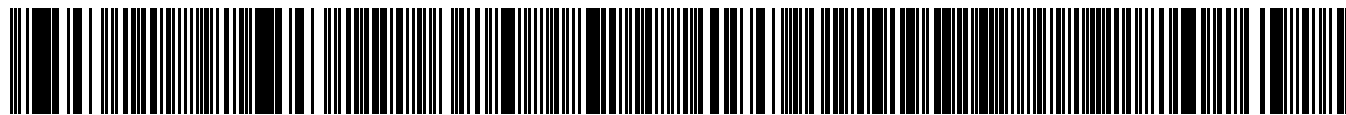
栄養褥瘡自立度	<ul style="list-style-type: none"> 特別な栄養管理の必要性 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 褥瘡の有無 現在 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 過去 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 日常生活自立度 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>準寝たきり <input type="checkbox"/>寝たきり 	<p>■診療費概算(医事課)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●1割負担で19,000円前後、2割負担で38,000円前後、3割負担で57,000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をお願いいたします。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



@PATIENT | DC032@PATIENTSELECTEDSECTIONCODE@SYSAT@SSTME766001 @USERID@PATIENTWARCODE