

# 肺炎（ソシン） 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 喀痰)

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	2日目	3日目	4日目	5日目
	/	/	/	/	/

患者さんの目標 発熱がなく日常生活が送れる。呼吸状態の悪化を起こさない。



食 事 軟菜食です。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 解熱すればシャワー浴できます。 



排 泄 制限はありません。一日の尿と便の回数をお聞きします。 

安静度 院内フリーです。 

検 査 必要時、採血・レントゲン検査があります。  採血、胸部レントゲン検査があります。 

点 滴 入院後、点滴を行います。1日2回 1日3回（6時・14時・22時）  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。 内服薬の処方があります。 

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。  薬剤師による服薬の説明があります。 

栄 養 特別な栄養管理の必要性 あり なし  
 褥 瘡 褥瘡の有無 現在 あり なし  
 自立度 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21,000円前後、2割負担で42,000円前後、3割負担で63,000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



@PAT | ENT | DC032@PAT | ENTSELECTEDSECTIONCODE@SYSAT@SSTME780001 @USER | D@PAT | ENTWARCODE