

顔面神経麻痺 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 (麻痺)

予定入院期間:

入院病棟:

担当医
 副担当医

看護師

薬剤師

退院調整担当

患者さんのお名前

日付	入院日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	
患者さんの目標	治療を理解できる。	治療を不安なく受けることができる。 						
治療	点滴をします。 飲み薬を開始します。 						7日目の点滴が終わったら原則通り退院です 退院時処方があります (同様のものを数週間)	
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	シャワーができます。 							
排泄	制限はありません。 							
安静度	病院内自由です。 							
説明	適宜耳鼻科外来での診察があります。 						次回受診日の説明をします。	
	看護師より入院生活について説明をします。 							
栄養 褥瘡 自立度	・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		■診療費概算(医事課) ●1割負担で25,000円前後、2割負担で50,000円前後、3割負担で75,000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

黒部市民病院
令和4年10月 改訂



@PAT | ENT | DC032@PAT | ENTSELECTEDSECTIONCODE@SYSAT@SSTME798001 @USER | D@PAT | ENTWARCODE