

一過性意識消失（失神）一泊二日 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  
 (疼痛 麻痺 しびれ )

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	入院当日	入院2日目
患者さんの目標	合併症がなく経過する。 	
治療	点滴をします。  	
食事	絶飲食です。  	全身状態が安定していれば食事ができます。
清潔	シャワーできません。 	
安静度	ベッド上安静です。  	
説明	看護師より入院生活について説明をします。 	全身状態が安定していれば10時退院となります。 次回受診日の説明をします。 
栄養褥瘡自立度	<ul style="list-style-type: none"> <li>特別な栄養管理の必要性 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>褥瘡の有無 現在 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>過去 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</li> <li>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</li> </ul>	<p>■診療費概算(医事課)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●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。</li> <li>※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。</li> <li>●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。</li> <li>●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)</li> </ul>

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@SSTME895001 @USERID@PATIENTWARCODE