

鼓膜チューブ挿入術入院診療計画書

傷病名①

傷病名②

症状 事前検査による異常所見
 自覚症状
 ()

予定入院期間:

入院病棟:

担当医

副担当医



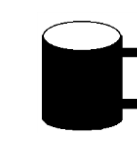











看護師

薬剤師

管理栄養士

退院調整担当

患者さんのお名前

日付	入院日 (月 日)	手術前 (月 日)	手術後 (月 日)	退院日 (月 日)
患者さんの目標	不安なく手術を受けることができる		合併症がなく経過する	
治療処置				
食事	飲食できます 	朝食以降絶食です  手術3時間前まで水分は摂れます 	手術後2時間前後からムセなければ飲水可能です 夕食より食事も可能です 	
清潔	シャワーできます 	シャワーできません 		
活動安静度	病院内自由です 		手術後2時間はベッド上安静です 安静解除前も抱っこなど可能です 	病院内自由です 
説明指導	看護師より入院生活について説明します 		手術後、医師より説明をします 	看護師より次回受診日の説明をします 
栄養褥瘡料金概算	<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) ●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ますので、参考にしてください。 ●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。 ●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)</p>			

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



①PATI_ENT1_D0032②PATI_ENTSELECTEDSECT1_CNCODE③SYSAT④SSTME877001 @USER D⑤PATI_ENTVRCODE