

(右・左)人工膝置換術(OA)入院診療計画書(亜急性期)

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 しびれ 歩行障害)

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

退院調整担当

リハビリ


日付	亜急性期1日目	亜急性期2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	14日目
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

患者さんの目標 車椅子または1本杖で歩行できる。 退院可

薬と注射 普段の内服を飲んでいきます。




処置 異常に感じた時は、看護師に知らせてください。

検査 必要時、レントゲン検査があります

食事  普通食です。----->

排泄 自分のペースに合わせた移動方法でトイレ可 

清潔 シャワーできます 

活動  ----->  -----> 
 の順にリハビリ室での歩行訓練をします

説明 抜糸が終わっていれば医師の診察はありません
 自宅などに戻るための準備期間です

<p>栄養 褥瘡 自立度 総合評価</p>	<p>・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 ・総合評価計画(高齢者総合的機能評価) <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし (計画ありの場合は別紙にて説明)</p>	<p>■診療費概算(医事課) ●1割負担で32,000円前後、2割負担で64,000円前後、3割負担で96,000円前後です。 ※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



@PATI ENT1 D0032 @PATI ENTSELECTEDSECT1 ONCODE @SYSAT @SSTM672001 @USER1 D@PATI ENTVARCODE