

# 小児腸炎 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  
 (腹痛 発熱 下痢 嘔吐)

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

	入院日 (1日目)	2日目	3日目	退院日 (4日目)
患者さんの目標	腹痛や下痢・嘔吐などの症状が改善し、食事摂取(哺乳)ができる。	→		症状が軽快し退院できる。
治療処置	<ul style="list-style-type: none"> <li>点滴で水分補給を行います。</li> <li>点滴は、24時間続きます。</li> <li>内服は、ご家族に渡し、内服できているかを確認します。</li> </ul>			
検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>検温1日4回 ⇒6時、10時、14時、19時頃</li> <li>必要時、便検査をして腸炎の原因菌を調べます。</li> </ul>			
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事や水分を控え、お腹を休めます。</li> <li>(欲しがるようなら少量ずつ飲んでもよいですが、医師・看護師に相談してください)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>朝または昼から小児食(または離乳食)が出ます。</li> <li>様子を見ながら少量ずつ食べましょう。</li> </ul>		
清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>シャワーできません。</li> <li>タオルで体を拭きます(月～土曜日の9時頃蒸しタオルをお渡しします。)</li> <li>オムツ交換やトイレの後は、手洗いと手の消毒をしてください。</li> </ul>			
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>一日の尿と便回数や便の状態を聞きます。</li> <li>病室内のトイレにオムツ用ゴミ箱があります。</li> <li>点滴ポンプと一緒にトイレへ行けます</li> </ul>			
活動安静度	<ul style="list-style-type: none"> <li>病室内安静です。</li> <li>他のお友達にうつることもある病気なので室内で安静にしましょう。</li> </ul>			
説明指導	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師より説明をします。</li> <li>看護師より説明をします。</li> <li>転倒・転落防止について説明します。</li> <li>部屋の入退室時は感染予防のため手洗い・うがいにご協力をお願いします。</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>医師より説明をします。</li> </ul>

<p>栄養</p> <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> </ul> <p>褥瘡</p> <ul style="list-style-type: none"> <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> </ul> <p>自立度</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>●限度額適用認定証をお持ちの方は一月の診療費が80,100円を超えた場合は一定の計算割合にて自己負担限度額が計算されます。(所得等の状況により診療費限度額は変わります。)</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>●病衣、付き添いベッド、食事代、個室料などは自己負担となります。</li> </ul> <p>※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。</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

