

小児科(低出生体重児・早産児) 入院診療計画書 (正常分娩)

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

患者さんのお名前

副担当医

看護師

薬剤師

目標栄養士

退院調整担当

日付	入院日(1日目)	2~5日目	退院日
患者さんの目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>胎外生活に適応できる(呼吸が安定している)</li> <li>経口哺乳ができる</li> <li>初回排泄(尿・便)が24時間以内にみられる</li> <li>血糖が安定している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>胎外生活に適応できる(呼吸が安定している)</li> <li>経口哺乳ができる</li> <li>黄疸が基準範囲内である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>児に合わせた方法で必要な栄養を摂取することができる</li> <li>体重増加がみられる</li> <li>黄疸が基準範囲内である</li> </ul>
処置	<ul style="list-style-type: none"> <li>体温、脈拍、呼吸、経皮的酸素飽和度を測定します(必要時モニターを装着します)</li> <li>体重を測ります</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>K2シロップを生後1日目(1回目)に飲みます</li> <li>先天性代謝異常検査の採血を生後4日目~退院日までに行います</li> <li>希望の方は聴力検査を実施します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>K2シロップを退院日(2回目)に飲みます</li> </ul>
検温	<ul style="list-style-type: none"> <li>体温、脈拍、呼吸、経皮的酸素飽和度を測定します</li> <li>全身状態の観察をします</li> <li>哺乳状態を観察します</li> </ul>		
検査	<ul style="list-style-type: none"> <li>血糖を測定します</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>黄疸を測定します</li> </ul>	
清潔	<ul style="list-style-type: none"> <li>オムツ交換時手洗い・消毒をしてください</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(沐浴・清拭)を行います</li> </ul>	
食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>哺乳量の目安は医師・看護師と相談しましょう</li> </ul>		
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>一日の尿と便の回数や便の状態を観察します(当日10時~翌日10時までを1日分とします)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>排尿状態をみてミルクを補足する事があります</li> <li>排便がない時は綿棒刺激をします</li> </ul>	
活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>授乳以外はコットで生活します(医師の判断で保育器に入る事もあります)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>母児同室開始となります(休みたい時は遠慮なく申し出てください)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師より退院の説明があります</li> <li>次回は(スクスク育児・小児科外来)に来てください、予約券をお渡しします</li> <li>黄疸が再び強くなったり、飲みが悪い、元気がない時は連絡ください</li> </ul>
説明指導	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師より児の状態についての説明があります</li> <li>看護師より入院の案内があります</li> <li>入院に必要な書類を書いて頂きます</li> <li>転倒・転落防止について説明します</li> </ul>		
栄養	<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■診療費概算(医事課)</li> <li>●乳児医療受給資格者の医療費の自己負担額は無料です。富山県内在住の方は福祉医療費請求書(ピンク色)1枚を提出してください。</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> <li>●入院費のお知らせは退院後自宅に郵送となります。詳しく知りたい方は担当者へお知らせください。</li> </ul>	
褥瘡	<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>		
自立度	<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>		

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