

患者氏名 :

様

受持医署名

受持看護師署名 :

|                                          |                                                                                                                   |                                                                                   |             |                 |   |                 |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------|---|-----------------|
| 月日(日時)                                   | /                                                                                                                 |                                                                                   | /           |                 | / |                 |
| 経過(病日等)                                  | 入院日                                                                                                               |                                                                                   | 2-7日目       |                 |   | 8日目(退院日)        |
| 達成目標                                     | 疼痛が内服で調節できる。夜間入眠できる                                                                                               |                                                                                   |             |                 |   | 退院できる           |
| 治療・薬剤<br>(点滴・内服)<br>リハビリ                 | 点滴と鎮痛剤による治療を開始します<br>痛みが強ければ看護師にお伝えください                                                                           |  | 1日2回点滴があります |                 |   | 問題なければ退院可能となります |
| 処置                                       | 必要に応じてガーゼ交換をします                                                                                                   |                                                                                   |             |                 |   |                 |
| 検査                                       | 採血、レントゲン、心電図(入院時検査)を行います                                                                                          | 採血などを行う場合があります                                                                    |             |                 |   |                 |
| 活動<br>安静度                                | 制限はありません                                                                                                          |                                                                                   |             |                 |   |                 |
| 食事                                       | 制限はありません。既往により制限食となる場合があります                                                                                       |                                                                                   |             |                 |   |                 |
| 清潔                                       |  隔離が不要な方はシャワー可能です。隔離が必要な方は体を拭きます |                                                                                   |             |                 |   |                 |
| 患者様及び<br>ご家族への説明<br>生活指導<br>栄養指導<br>服薬指導 | 入院診療計画書をお渡しします<br>お薬手帳と普段飲まれているお薬を薬剤師が確認します                                                                       |                                                                                   |             | 必要時ガーゼ交換の説明をします |   | 退院療養計画書をお渡しします  |

注1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくに従って変わることがあります。

注2 入院期間については現時点で予想される期間です。